

**ROSANA CRISTINA CONEGLIAN**

**Um estudo sobre o Nasf-AB em um município paulista de  
pequeno porte**

Tese apresentada à Universidade Federal  
de São Paulo – Escola Paulista de  
Medicina, para obtenção do título  
acadêmico de Doutora em Ciências.

SÃO PAULO

2019

**Rosana Cristina Coneglian**

**Um estudo sobre o Nasf-AB em um município paulista de  
pequeno porte**

Tese apresentada à  
Universidade Federal de  
São Paulo – Escola  
Paulista de Medicina, para  
obtenção do título de  
Doutora em Ciências.

**Orientador:**

Prof. Dr. Pedro Paulo  
Gomes Pereira

**Coorientadora:**

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Virginia  
Junqueira

SÃO PAULO

2019

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Prof. Antonio Rubino de Azevedo,  
Campus São Paulo da Universidade Federal de São Paulo, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Coneglian, Rosana Cristina

Um estudo sobre o Nasf-AB em um município paulista de pequeno  
porte / Rosana Cristina Coneglian. - São Paulo, 2019.

IX, 124f.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista  
de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Título em inglês: A study on the Family Health and Primary Health  
Care Expanded Support Center in a small-hand paulista municipality.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Política de Saúde. 3. Saúde do  
Trabalhador.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO**  
**ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Chefe do Departamento: Rosemarie Andreazza

Coordenador do curso de pós-graduação: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Zila van der Meer Sanchez

Rosana Cristina Coneglian

**Um estudo sobre o Nasf-AB em um município paulista de  
pequeno porte**

Presidente da banca:

Prof. Dr. Pedro Paulo Gomes Pereira

Banca examinadora:

Profa. Dra. Ianni Regia Scarcelli

Profa. Dra. Célia Maria Sivalli Campos

Profa. Dra. Ângela Aparecida Capozzolo

Profa. Dra. Patricia Martins Goulart

Envolto em toalhas  
Frias, pego ao colo  
O corpo escaldante.  
Tem apenas dois anos  
E embora não fale  
Sorri com doçura.  
É Pedro, meu filho  
Sêmen feito carne  
Minha criatura  
Minha poesia.  
**É Pedro, meu filho**  
Sobre cujo sono  
Como sobre o abismo  
Em noites de insônia  
Um pai se debruça.  
Olho no termômetro:  
Quarenta e oito décimos  
E através do pano  
A febre do corpo  
Bafeja-me o rosto  
Penetra-me os ossos  
Desce-me às entranhas  
Úmida e voraz  
Angina pultácea  
Estreptocócica?  
Quem sabe... quem sabe...  
Aperto meu filho  
Com força entre os braços  
Enquanto crisálidas  
Em mim se desfazem  
Óvulos se rompem  
Crostras se bipartem  
E de cada poro  
Da minha epiderme  
Lutam lepidópteros  
Por se libertar.  
Ah, que eu já sentisse  
Os êxtases máximos  
Da carne nos rasgos  
Da paixão espúria!  
Ah, que eu já bradasse  
Nas horas de exaltação  
os mais lancinantes  
Gritos de loucura!  
Ah, que eu já queimasse  
Da febre mais quente  
Que jamais queimasse  
A humana criatura!  
Mas nunca como antes  
Nunca! Nunca! Nunca!  
Nem paixão tão alta  
Nem febre tão pura.

## **Agradecimentos**

À Virginia Junqueira, pela construção conjunta de conhecimento e participação ativa nessa empreitada; por me permitir aprender com a experiência e me acolher nessa caminhada tempestuosa sem julgamento; minha eterna gratidão;

Ao Pedro Paulo Gomes Pereira, pela acolhida e compreensão;

À Patrícia Rosin Lacintra Vechia e Sheila Araújo Costa, pela amizade;

Aos interlocutores do campo, pela amorosidade e totalidade das relações vividas, todo o meu reconhecimento, zelo e admiração;

Ao João Paulo Morselli, pela nossa família;

À minha família, pelas minhas raízes e privilégio em ser amada;

Ao Pedro, por me ensinar amar todas as expressões de vida, pelas relações de inteireza e aprendizado mútuo;

À Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), pelo financiamento.

## RESUMO

**Palavras-Chave:** Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Política de Saúde; Apoio Matricial; Saúde do Trabalhador.

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica reuniu e sistematizou formulações norteadas pelos princípios e diretrizes do SUS, notadamente a integralidade, a universalidade e a igualdade de acesso. Em nosso país de dimensões continentais, no qual a maioria dos municípios tem pequeno porte, o gestor federal tem induzido políticas e dispositivos no sentido de fortalecer a APS. No entanto, há vários obstáculos nessa trajetória, principalmente no que concerne à integralidade. Um dos dispositivos induzidos financeiramente pelo gestor federal é o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), criado em 2008, e constituído por equipes multiprofissionais cujas atribuições são suporte técnico-pedagógico e assistencial às equipes da APS e aos usuários. Esta tese, fruto de pesquisa qualitativa do *tipo* etnográfico, conduzida pela autora durante dois anos de trabalho em um Nasf-AB de um município paulista de pequeno porte, tem como objetivo discutir algumas questões e aspectos que pareceram centrais na vivência dos problemas que foram se colocando no trabalho do dia a dia. O espectro dos impedimentos e embaraços é amplo: desde questões políticas de âmbito nacional, estadual, local, no qual se incluem o financiamento do sistema, a gestão, formação e contratação da força de trabalho, até as relações de poder no interior das equipes, com as autoridades do SUS municipal, entre os profissionais da APS e os usuários, entre outros. Na realidade de um sistema público de saúde em um município paulista de pequeno porte, questões de investigação colocaram-se para a pesquisadora/trabalhadora do Nasf-AB, dizendo respeito a interrogações sobre as (im)possibilidades de efetivas respostas a situação de saúde da população do município por parte das equipes da APS, seja do Nasf-AB, seja das unidades de Saúde da Família, tendo em vista as restrições e condições de trabalho que geravam repercussões evidentes na saúde dos trabalhadores do SUS local.



## ABSTRACT

**Keywords:** primary health care; family health; health policy; matrix support; occupational health.

In Brazil, the National Policy of Basic Attention met and systematized formulations guided by the principles and directives of Public Health System, notably integrality, universality and equal access. In our country of continental dimensions, in which most municipalities are small, the federal manager has induced policies and devices to strengthen PHC. However, there are several obstacles in this trajectory, especially regarding integrality. One of the devices financially induced by the federal manager is the Expanded Nucleus of Family Health and Basic Care, created in 2008, and consists of multiprofessional teams whose attributions are technical-pedagogical support and assistance to the PHC teams and the users. This thesis, the result of a qualitative research of the ethnographic type, conducted by the author during two years of work in a Expanded Nucleus of Family Health and Basic Care of a small municipality, has the objective of discussing some questions and aspects that seemed central in the experience of the problems that were placed in the day to day work. The spectrum of impediments and embarrassment is wide ranging from national, state, and local policy issues, which include system funding, management, training and hiring of the workforce, to power relations within teams, with the municipal Public Health System authorities, among PHC professionals and users, among others. In the reality of a public health system in a small municipality, research questions were posed to the Expanded Nucleus of Family Health and Basic Care researcher/worker, concerning questions about the (im)possibilities of effective responses to the health situation of the population of the municipality by the PHC teams, be it from the Expanded Nucleus of Family Health and Basic Care or the Family Health units, considering the restrictions and working conditions that generated evident repercussions on the health of the local workers.

## Sumário

1. <b>Apresentação</b> .....	10
2. <b>Introdução</b> .....	14
2.1 Contextualização .....	17
2.2. Itinerário metodológico: na corda bamba, ajustes e desajustes.....	21
2.2.1 Apresentando o município onde se situou o campo da investigação .....	27
2.2.2. A rede assistencial à saúde .....	27
3. <b>As relações de poder na Atenção Primária à Saúde em um município paulista de pequeno porte</b> .....	29
4. <b>No labirinto do Núcleo Ampliado de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica: o fio de Ariadne</b> .....	47
5. <b>Os contornos n(d)o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica no mundo do trabalho</b> .....	65
6. <b>Discussão</b> .....	91
A realidade de um município paulista de pequeno porte.....	91
Os limites dos sistemas públicos de saúde .....	97
Os limites de um estudo do <i>tipo</i> etnográfico .....	99
7. <b>Considerações finais</b> .....	100
8- <b>Referências</b> .....	103
Apêndices	
Anexo	

## 1. APRESENTAÇÃO

Posso localizar que tudo começou em um estágio de Psicologia Institucional realizado no conselho tutelar de um município de pequeno porte do Estado de São Paulo, ou pelo menos, foi aí que se esclareceu minha opção quanto à trajetória profissional, no campo da Saúde Coletiva. Neste estágio, que durou seis meses, lidávamos (eu e mais três estudantes) com situações de extrema carência material na vida de famílias e dávamos apoio técnico aos conselheiros, objetivando fortalecer o trabalho em rede com as secretarias da Educação, Saúde e Assistência Social.

Em outras palavras, nossos esforços eram no sentido de dar retaguarda à promoção de ações intersetoriais, ainda que de forma bastante incipiente. Em um universo tão pequeno e restrito, além das questões ligadas às condições materiais precárias de existência, era necessário enfrentar a estigmatização de pessoas e famílias.

Depois da minha formatura, outro estágio em Botucatu/SP teve especial significado para minha formação, uma vez que pude frequentar, por oito meses, o Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp, inserida em um serviço de saúde mental no âmbito da Atenção Primária à Saúde – APS, desenvolvido por uma equipe multiprofissional que dava retaguarda à rede pública municipal da APS.

Esses estágios foram marcantes para minha escolha posterior de inserção no Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo- SES- SP, com duração de doze meses, para o qual fui selecionada como bolsista da Fundação do Desenvolvimento Administrativo - Fundap em janeiro de 2009. Os temas relevantes no aprimoramento foram: ciências sociais e saúde, políticas públicas em saúde, epidemiologia, pesquisa em saúde, educação em saúde, além do trabalho de campo.

No entanto, a experiência mais marcante foi uma atividade de campo que se passou em três quilombos do Vale do Ribeira. A presença de pesquisadores do Instituto havia sido solicitada pelos próprios quilombolas, cuja demanda dizia respeito à

investigação da ocorrência de deficiências físicas e/ou mentais entre os adultos jovens de gerações nascidas nos quilombos. Foi levantada a possibilidade, não comprovada, de má assistência à gravidez e ao parto. Infelizmente não houve seguimento deste estudo.

Também recorro como significativa minha participação em uma experiência de territorialização implantada pela Secretaria Municipal de Saúde - SMS de Embu das Artes, que se estendeu por um período de quatro meses, durante os quais pude acompanhar as oficinas realizadas nas diferentes regiões de saúde do município. Nessas oficinas reuniram-se moradores, líderes comunitários, trabalhadores da SMS, para discutir a realidade sanitária local, incluindo perfil demográfico, sócio-econômico, epidemiológico e os recursos existentes no sentido de definir prioridades e as ações correspondentes. O conteúdo dessa experiência deu consistência ao trabalho de conclusão de curso, elaborado coletivamente pelos aprimorandos.

O encaminhamento subsequente para o mestrado acadêmico em Saúde Coletiva veio como consequência da atração exercida pela riqueza dos conhecimentos e práticas experienciadas durante o aprimoramento. No mestrado tive oportunidade de associar às questões pertinentes ao campo da saúde coletiva áreas prioritárias de interesse trazidas da minha graduação, a saber: Psicologia Social e Psicologia do Trabalho.

Cabe observar que os pesquisadores do Instituto de Saúde, responsáveis pelas diversas disciplinas que compunham o programa de aprimoramento eram na sua totalidade militantes do movimento da Reforma Sanitária brasileira, condição que estimulava o interesse dos aprimorandos nos debates teóricos-conceituais e políticos travados desde, principalmente, a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Certamente a convivência com esses pesquisadores consolidou o interesse por pesquisas relacionadas à construção/consolidação de um sistema público de saúde nacional.

Portanto, como decorrência, a orientação da minha dissertação se inseriu em um projeto de investigação cujo tema central versava sobre as repercussões psicossociais de formas de gestão sobre a saúde dos trabalhadores do SUS. Essa investigação aqui denominada pesquisa “guarda-chuva” teve como *locus* dois municípios de grande porte

da região metropolitana da grande São Paulo e contou com o apoio dos respectivos secretários municipais de saúde. Cabe ressaltar que gestores de ambos os municípios integravam o grupo de pesquisadores. A Fapesp financiou o projeto, cujo relatório final deu origem a um livro publicado pela Hucitec em 2017, intitulado “Trabalhar no SUS: gestão, repercussões psicossociais e política de proteção à saúde”.

Minha dissertação foi um recorte de natureza quanti-qualitativa, que estudou os tipos de afastamento dos trabalhadores do SUS em um dos municípios da pesquisa “guarda-chuva”, por agravos diagnosticados como transtornos mentais, no ano de 2011, em cinco categorias profissionais, e analisou as percepções de gestores, dirigentes sindicais e integrantes do conselho municipal de saúde sobre a vinculação das condições de trabalho com a ocorrência de sofrimento mental. Concomitante à elaboração da dissertação, participei ativamente de todos os momentos do desenvolvimento da pesquisa “guarda-chuva”, dentre os quais destaco: o planejamento e desenho da pesquisa envolvendo todos os pesquisadores e, nos municípios, a realização dos grupos focais, oficinas, atividades de Educação Permanente e entrevistas semiestruturadas.

Como resultado da minha observação particularmente nos grupos focais, consolidou-se como objeto de estudos o adoecimento dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS, cujos relatos evidenciaram tensões, conflitos, sofrimentos. Assim, esbocei um projeto de estudo buscando analisar as possíveis repercussões da assinatura do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - Pmaq/AB, sobre a saúde dos ACS em um dos dois municípios.

Neste momento, por questões familiares, transferei minha residência para um município de grande porte do interior de São Paulo, onde também comecei a dar aulas em um estabelecimento privado de ensino superior. Surgiu então a oportunidade de prestar um processo seletivo para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Nasf, em um município de pequeno porte bem próximo daquele onde passei a residir. Prestar este processo seletivo pareceu-me completamente coerente com todo o acúmulo de conhecimento e prática que fui reunindo desde a graduação.

A experiência de trabalhar neste Nasf durante dois anos pode ser qualificada como um período conturbado no qual eu procurava em vão cumprir o que acreditava

ser coerente com os princípios e diretrizes do SUS, e mais, da Reforma Sanitária brasileira e da Reforma Psiquiátrica, cujas formulações tinham sido abordadas e discutidas nas disciplinas cursadas na Pós-graduação, bem como foram objeto de debate entre pós-graduandos e docentes. Onde teria ido “parar aquilo tudo”? A concepção ampla de saúde como direito, a integralidade da atenção, a universalidade, a igualdade de acesso sem discriminação? O desgaste do dia a dia, em um ambiente no qual havia quase total ausência do que para mim significava cuidar, foi crescentemente perturbador. Tentar compreender como aquela realidade local podia ser tão dispare do que eu havia aprendido, procurar entender quais processos estavam em jogo por meio de uma pesquisa permitiu que, com base em um trabalho empírico, fossem elaboradas reflexões teóricas a respeito dos fatos e sentimentos experimentados. Assim foi sofredamente ganhando corpo este estudo.

O texto se organiza da seguinte forma: como ponto de partida, recupera-se brevemente o reconhecimento da relevância da Atenção Primária à Saúde, situando historicamente essa trajetória, na qual há êxitos e insucessos. Segue-se um resumo das formulações assumidas pela APS no Brasil e o lugar que ocupa no Sistema Único de Saúde.

Na sequência, descrevo e analiso, meu percurso de trabalhadora no Nasf do município paulista de pequeno porte em que vivia, cuja população não foi poupada dos agravos que se avolumam em função da crise econômica, com destaque para as questões ligadas à saúde mental.

Finalmente, a discussão procura salientar algumas interrogações: partindo das carências de toda ordem e as decorrentes tensões que prevalecem no dia a dia dos trabalhadores da APS, é possível ao SUS oferecer respostas às condições de vida e saúde que predominam na atualidade? São interrogações que marcam mais uma vez o debate do movimento da Reforma Sanitária brasileira e que esta tese não tem a pretensão de responder, mas antes, compor um estudo de *tipo* etnográfico que ofereça uma certa análise dos descaminhos percorridos.

## 2. INTRODUÇÃO

A Saúde se consolida como questão para o Estado no século XIX, época da revolução industrial na Inglaterra, estendendo-se o reconhecimento da relevância da saúde dos trabalhadores para a economia, na sequência, para os países da Europa ocidental, que entram em um ciclo semelhante de transformação das relações de produção, do qual decorrem efeitos impactantes sobre as condições de vida e trabalho.

Pode-se afirmar que, desde então, em correspondência às crises cíclicas do modo de produção capitalista, foram formuladas e implementadas respostas sociais no campo da saúde, ainda que sob diversas gradações e nuances, nos países do Ocidente.

A formulação da proposta da Medicina Social data do final do século XIX na Inglaterra, França e Alemanha (Rosen, 1979) e é acompanhada pelo movimento que recebeu a denominação de Sanitarismo nos Estados Unidos e na Inglaterra. Na mesma época o rápido avanço dos conhecimentos da Microbiologia, seguido pela estruturação de diversificadas áreas científicas, fortaleceu o campo da então nascente Saúde Pública, cujas primeiras escolas foram fundadas nos Estados Unidos, com vultosas subvenções de fundações privadas, e marcadas por um forte acento no higienismo.

O relatório Flexner, ao reformular o ensino médico e de enfermagem nos EUA, na década de 1910, fixa as marcas da dissociação que é hegemônica até a atualidade: individual e coletivo, curativo e preventivo, biológico e social, privado e público (Paim e Almeida Filho, 2000, p. 38).

Na década de 40, é abortado nos EUA, pela oposição de variadas forças, entre as quais a da Academia Médica Americana, o projeto de um sistema nacional de saúde. A saída para a crise de 1929, no campo da saúde é a ênfase na prevenção e são abertos Departamentos de Medicina Preventiva em substituição às cátedras de higiene. Os países ricos entraram, em escala planetária, com antecedência em relação aos países pobres, em um período de transição epidemiológica e demográfica - declínio das doenças infecciosas, emergência das doenças crônico-degenerativas e câncer como

principal causa de morbimortalidade, além do envelhecimento da população com elevação vertiginosa dos custos da assistência.

Visando superar o modelo assistencial voltado ao controle das enfermidades, vê-se na década de 60, um movimento, em nível mundial, realçando a determinação econômica e social da saúde e a busca por novas referências. Ferreira e Buss (2002) creditam à abertura da China Nacionalista ao mundo exterior – com as missões de observação de especialistas ocidentais promovido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) entre 1973 e 1974 – e ao movimento canadense a partir do relatório Lalonde, a base na conformação de um novo paradigma formalizado na Conferência de Alma-Ata.

A I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada em 1978, pela OMS e UNICEF em Alma-Ata, capital do Cazaquistão, ex- República da antiga União Soviética, “resultou na adoção de uma Declaração que reafirmou o significado da saúde como um direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais” (Mendes, 2004, p. 447).

Face à elevação dos custos da assistência direcionada aos agravos mais comuns, particularmente aqueles associados ao envelhecimento, fenômeno que ocorre em grande parte dos países, renovam-se a cada ano, sempre se distanciando na linha do tempo, em meio a obstáculos, as metas colocadas pela mencionada Conferência, cujo lema foi “Saúde para todos no ano 2000”. Governos e instituições foram convocados a defender a saúde como direito de todos, e o conceito de APS foi entendido como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meio aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento [...] É parte integral do sistema de saúde do país [...]. (Unicef, 1979).

Cabe observar que esse primeiro nível de contato integraria um processo permanente de atenção à saúde, incluindo ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação.

A conferência enfatizou o conceito de saúde como um estado de completo bem-estar físico, psíquico e social; apontou para a urgência na redução da desigualdade do



estado de saúde entre os povos; propôs que o desenvolvimento econômico e social estivesse fundamentado em uma ordem econômica internacional; destacou o dever (e o direito) do cidadão participar do planejamento dos cuidados em saúde de sua sociedade. As ações propostas em Alma-Ata representaram um marco fundamental na redução das diferenças no desenvolvimento econômico e social para se atingir a meta, bem como na redução da lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e desenvolvidos. A promoção e proteção da saúde dos povos foi consenso.

No entanto, já em 1979, o Banco Mundial, a Unicef e as Fundações Ford e Rockefeller fizeram nova reunião, na qual a Declaração de Alma-Ata foi criticada pela sua abrangência e difícil aplicação prática. A proposta foi alterada para uma atenção primária seletiva, que consistiria em um “pacote” de ações de baixo custo como resposta aos agravos mais prevalentes nos países pobres (Lima, 2015).

Apesar de inicialmente assumida como proposta complementar, progressivamente foi adotada de forma preponderante nos países subdesenvolvidos por meio de programas de fomento (Rizzoto, 2000. Giovanella; Mendonça, 2012; Rizzotto, 2014). Na análise de Giovanella e Mendonça, o contexto internacional de crise econômica e predominância de governos conservadores favoreceu que a concepção restrita de APS prevalecesse sobre a atenção primária integral e abrangente (2009, p. 581-2).

Conill (2008) aponta os elementos que a Organização Mundial da Saúde (OMS) estava empenhada em disseminar nesse momento: “integração dos serviços locais num sistema nacional, participação, necessidade de ações intersetoriais e a relação da saúde com o desenvolvimento econômico e social” (p.8).

Sob estes princípios, diversos países deram início a reformas no sistema de saúde, norteados por um polo tecnocrático ou participativo. No primeiro, assistiu-se a “incorporação de medidas inovadoras e de racionalização das práticas (comunidade como fundamento das necessidades de saúde, hierarquização, coordenação e integração do cuidado)”; já no polo participativo, a mudança ocorreu na divisão do saber, com ampliação da equipe, incorporação de agentes da comunidade, acesso e

controle social, o que possibilitou uma maior democratização dos serviços (Conill, 2008).

O ideário do Sistema Único de Saúde (SUS) teve forte influência destas reformas ocorridas na década de 70, em específico, nos sistemas canadense e inglês. Todavia, os conhecimentos acumulados com novos modos de práticas e formação da força de trabalho em nível local, vinculam-se à trajetória de sucessivas reconstruções que a atenção primária sofrera até se consolidar como uma política de reforma (Conill, 2008).

## 2.1 Contextualização

A relevância das ações operadas no campo da Atenção Primária à Saúde (APS) como estruturantes dos sistemas públicos de saúde tem sido reafirmada em todos os estudos que abordam as respostas sociais à situação de saúde das populações (Starfield; Shi; Macinko, 2002; Paim, 2009, Giovanella; Mendonça, 2009).

No Brasil, a APS tem sido denominada Atenção Básica - AB e, como explica Giovanella (2018), o Movimento da Reforma Sanitária brasileiro - RSB buscava superar o reducionismo que estaria implícito na denominação mundialmente adotada de APS. Na literatura em inglês *primary health care* corresponderia à concepção integral de Alma-Ata, enquanto que *primary care* designa, nos países que contam com sistemas públicos universais, os serviços que mantêm o primeiro contato em geral, dos profissionais médicos, com os pacientes. No presente texto, adota-se a denominação que predomina internacionalmente: APS.

Desde as primeiras formulações da RSB, a saúde passava a ser entendida como “estado vital e como direito ao acesso às ações e serviços” (Paim, 2009, p. 115). A APS ocupou lugar primordial na instituição do sistema público nacional de saúde – o SUS: Sistema Único de Saúde (Schraiber; Mendes-Gonçalves, 1996; Paim, 2009). Multiplicaram-se as pesquisas e a produção acadêmica sobre esse nível de atenção.

Na década de 1990, concomitante à reforma da administração pública operada pelo Ministério de Reforma do Estado - Mare, o SUS passou por reformas caracterizadas como incrementais (Viana, Dal Poz, 2005) entre as quais se incluem o

Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF).

O PACS, iniciado em 1991, investia no agente comunitário de saúde (ACS) como vínculo entre a população e os serviços de saúde (Araújo, 2000; Bodstein, 2002; Rocha, 2000). As ações do PACS se revestiam da conotação de “promoção de saúde” a baixo custo. Na década de 1990, o Programa Saúde da Família - PSF (cuja denominação mudou posteriormente para Estratégia Saúde da Família (ESF), criado em 1994, tornou-se a alternativa privilegiada pelo governo federal que, mediante indução de financiamento, logrou a ampliação desse modelo para a quase totalidade dos níveis municipais de gestão do SUS. A Política Nacional de Atenção Básica - Pnab consolidou em 2017 a ESF como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da APS, sendo esta componente da Rede de Atenção à Saúde – RAS, da qual constitui-se como principal porta de entrada e centro de comunicação, devendo atuar como coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede (Brasil, 2017). A Pnab considera equivalentes os termos APS e AB e define a AB como:

o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (Brasil, 2017).

Em que pese a quase unanimidade sobre o acerto da eleição dessa estratégia, as fragilidades constatadas nas ações do então PSF levaram à instituição de outros dispositivos que visaram o fortalecimento das equipes pelo Ministério da Saúde (MS), em mais uma medida verticalizada.

Pela via dos fóruns de participação do SUS, parcelas de usuários mobilizados nos conselhos gestores e nas conferências demandaram ampliação da equipe que originalmente compunha a ESF, a saber, restrita a médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Como consequência da constatação da fragilidade das equipes de APS, foram criados, em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Nasf sob a perspectiva do cumprimento de ações integrais, cujas atribuições eram amplas: integralidade da atenção, multiprofissionalidade e

transdisciplinaridade, com responsabilização compartilhada em ações de base territorial, ancoradas no vínculo, promoção da saúde e do autocuidado e fortalecimento da cidadania (Brasil, 2008).

Houve mudança de denominação, para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) em 2017, na edição da Pnab, no âmbito das diretrizes para organização da APS. A implantação dos Nasf-AB tem sido induzida mediante transferência de recursos pelo MS aos municípios e cada equipe é responsável pela retaguarda a um número variável de equipes e serviços. As equipes devem atuar em parceria com os profissionais da Saúde da Família - SF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob sua responsabilidade.

O Nasf-AB tem composição e atribuições definidas em portaria do MS, entre as quais o exercício de atividades técnico-pedagógicas de apoio às ações das equipes de APS e, secundariamente, a prestação de assistência quando pertinente. Não é porta de entrada do sistema, mas deve complementar o trabalho das equipes da SF buscando a integralidade do cuidado. Os seguintes profissionais podem compor os Nasf-AB, na categoria médica: acupunturistas, ginecologistas, homeopatas, pediatras, psiquiatras; assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional. Há três tipos de Nasf-AB, com incentivos financeiros, composição, números de equipes sob responsabilidade e carga horária distintas (Brasil, 2012; Brasil, 2013).

A questão central do trabalho do Nasf é constituir-se como dispositivo para o cumprimento da integralidade, inserido na APS que deveria ser a ordenadora da atenção à saúde. Camargo Jr. refere-se a cuidado e integralidade como “ideias congêneres em suas vastas ambições, generosas até o limite da utopia, mas, por isso mesmo, imprescindíveis (2009, p.12).

Segundo a Pnab de 2017:

compete especificamente à Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB):

- a. Participar do planejamento conjunto com as equipes que atuam na Atenção Básica à que estão vinculadas;
- b. Contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no

aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários;  
c. Realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais de todos os ciclos de vida, e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes dentre outros, no território.

Constituindo-se como um componente da APS, o processo de trabalho do Nasf é organizado com base nas seguintes ferramentas: apoio matricial, clínica ampliada, projeto terapêutico singular- PTS e projeto de saúde no território.

O apoio matricial é conceituado por Campos e Domitti como:

Apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. A composição da equipe de referência e a criação de especialidades em apoio matricial buscam criar possibilidades para operar-se com uma ampliação do trabalho clínico e do sanitário, já que se considera que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral (2007, p. 400).

O objetivo de tal metodologia é, segundo os autores, aumentar a eficácia e a eficiência do trabalho em saúde, ao mesmo tempo em que se pretende ampliar a autonomia dos usuários, pressupondo que os serviços e mesmo os sistemas de saúde deveriam sofrer mudanças e transformações em sua reorganização e funcionamento.

Na clínica ampliada busca-se aumentar a porosidade entre os vários campos das distintas profissões, diante de uma situação de saúde de um indivíduo, família ou grupo populacional, objetivando oferecer uma resposta que possa, de alguma maneira, superar os limites disciplinares, construindo um conhecimento comum, de maior potência, portanto, caminhando no sentido da integralidade e não prescindindo da participação a mais ativa possível dos sujeitos envolvidos na situação. O PTS é a concretização da clínica ampliada em propostas terapêuticas formuladas pelas equipes interdisciplinares da Atenção Básica, as quais deveriam ser responsáveis por sua elaboração e desenvolvimento, contando com a retaguarda do Nasf-AB.

O Nasf-AB tem sido objeto de estudo de um significativo número de artigos publicados. Como contribuição original, tendo a pesquisadora trabalhado em um Nasf de um município de pequeno porte no estado de São Paulo por um período de dois anos, as interrogações, perplexidades e incertezas concernentes às possibilidades e dificuldades para cumprimento das tarefas designadas, desenvolvidas em três diferentes capítulos, buscam aportar relatos, cotejados com a produção acadêmica, de quem viveu a situação desde o seu interior.

Dessa forma, a estrutura da tese, além dessa contextualização inicial, compõe-se de três capítulos: “Relações de poder na APS em um município de pequeno porte”, “No labirinto do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica: o fio de Ariadne” e “Os contornos n(d)o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica no mundo do trabalho”.

Na discussão procura-se contrastar o papel e as responsabilidades atribuídas à APS, por instituições como a Organização Mundial de Saúde - OMS e inúmeros estudiosos do campo da Saúde Pública e Coletiva, bem como as tarefas e atribuições de equipes da APS e do Nasf-AB, particularmente em municípios brasileiros de pequeno porte, às condições reais de operacionalização em um contexto mundial e nacional de cortes nos recursos destinados às políticas públicas de saúde e de agravamento da situação de saúde notadamente dos grupos populacionais socialmente vulneráveis.

## **2.2. Itinerário metodológico: na corda bamba, ajustes e desajustes**

Para entender a escolha metodológica, é preciso fazer um breve relato dos principais acontecimentos e circunstâncias encontradas na secretaria de saúde do município.

A autora/pesquisadora passou a residir no município em seguida à aprovação em um processo seletivo como psicóloga do único Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) a ser implantado no município. No primeiro dia de trabalho todos os funcionários do Nasf foram recebidos pelo prefeito e pela secretária de saúde. Na ocasião o prefeito expressou sua grande expectativa em relação às ações do Nasf no município e deixou

claro que qualquer política seria bem-vinda desde que não fosse obrigatória contrapartida da administração municipal. A secretária fez apenas uma breve saudação, ou seja, não houve exposição de um projeto de saúde para o município. Em seguida, todos os membros do Nasf tiveram que se apresentar. Neste momento tornou-se evidente que apenas a pesquisadora e a fisioterapeuta tinham experiência no setor público de saúde. Quanto aos demais, outra fisioterapeuta vinha de atividade profissional privada e beneficente, a outra psicóloga havia trabalhado anteriormente no setor público de assistência social e no setor privado, a assistente social também havia sido trabalhadora do serviço público de assistência social, os dois educadores físicos haviam tido experiência em escolas públicas e a nutricionista tinha experiência apenas em clínica privada. Esta recepção durou aproximadamente quinze minutos. Em seguida, na sala da secretária foram entregues ao Nasf várias fichas de encaminhamento para atendimentos individuais de fisioterapia e nutrição. Cabe esclarecer que a rede já contava com quatro fisioterapeutas, mas a profissional que fazia atendimento domiciliar estava afastada por auxílio-doença, afastamento que se prolongou como licença maternidade; as demais fisioterapeutas não eram contratadas especificamente para atendimento domiciliar. Este esclarecimento é necessário para entender como se direcionaram para o Nasf casos que não diziam respeito às suas atribuições. Quanto ao atendimento pela nutricionista, naquele período não havia este profissional na rede.

A sede física do Nasf estava localizada em uma Unidade de Saúde da Família-USF, onde foram disponibilizados uma sala, dois computadores e uma impressora. No entanto o telefone fixo era compartilhado com a equipe da USF, o que gerava conflitos.

Nos primeiros dias coube à autora/pesquisadora explicar as atribuições pertinentes ao Nasf. Foram organizadas, por iniciativa da autora, visitas de apresentação do Nasf as seis USF. Em cada uma dessas unidades o Nasf foi “presenteado” com numerosos pedidos de atendimentos individuais que estavam represados. Por outro lado, as equipes também expuseram casos complexos, com os quais não sabiam lidar. Tornava-se cada vez mais claro que ninguém conhecia as atribuições do Nasf definidas legalmente.

Na segunda semana a articuladora da Atenção Básica - AB se reuniu com os profissionais do Nasf expondo qual seria o papel e as atividades a serem efetivadas. Cabe explicitar que a coordenadora da APS do município cumpriu apenas a tarefa de levar os integrantes do Nasf para conhecer as sedes das USF. Quem apresentou as atribuições do Nasf foi a articuladora da AB, que ocupava um cargo no Departamento Regional de Saúde - DRS, no nível da gestão estadual, cuja atribuição era coordenar uma parcela dos municípios que compõem o DRS. As relações entre esta articuladora e a secretária municipal de saúde eram pautadas por demandas dirigidas da primeira à segunda. A secretária repetidamente questionava o papel da Secretaria de Estado da Saúde quanto à restrição de recursos e personificava na articuladora o descumprimento do papel político-técnico e financeiro do gestor estadual.

Na tentativa de instaurar a rotina do Nasf nas semanas subsequentes o primeiro entrave foi a definição da jornada de trabalho diário, uma vez que dos oito integrantes, seis eram contratados por 20 horas semanais e os outros dois por quarenta horas. Digno de nota é que todos recebiam o mesmo salário, com jornadas discrepantes. Quatro membros do Nasf tinham vínculos paralelos, pois a Secretaria não definiu o horário de trabalho. Desta forma, houve uma divisão da equipe: das 7h às 11h trabalhavam uma das fisioterapeutas, um educador físico, a assistente social e a nutricionista; das 13h às 17h trabalhavam as duas psicólogas, um educador físico, uma fisioterapeuta, a assistente social e a nutricionista. Esta situação gerou dificuldades para qualquer tentativa de reunir a equipe integralmente.

Na medida em que as semanas se sucederam, o objeto da pesquisa, originalmente formulado como estudo da implantação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (Pmaq-AB), deslocou-se para a análise de implantação do próprio Nasf. É preciso esclarecer que o município já havia tentado implantar o Nasf anteriormente e, pelo relato que obtive dos próprios integrantes, não havia a preocupação de realizar de fato as atribuições do Nasf; apenas importava apresentar ao Ministério da Saúde - MS, um Nasf que existia apenas no papel. Como resultante este Nasf recebeu nota insuficiente na avaliação do Pmaq-AB. Provavelmente essa má avaliação foi uma das causas da decisão de realizar um processo seletivo para a composição de uma nova equipe.



Ao final de cinco meses da minha inserção no Nasf, ocorreu a banca de qualificação. Na arguição, na medida em que era relatada a experiência de trabalho no Nasf, os professores da banca recomendaram fortemente que o projeto fosse redirecionado, deixando de lado a pesquisa sobre o Pmaq-AB e passasse a ser centrado no aprofundamento da análise do papel do Nasf como elemento importante na gestão do cuidado no nível da APS.

Tendo redirecionado o objeto, a pesquisadora passou a registrar em um diário as vivências no dia a dia das atividades em equipe e individuais. Depois de algum tempo houve um esforço para que a equipe conseguisse se encontrar um dia da semana. No entanto, a presença física não foi suficiente para que as discussões acontecessem. A rotina instaurada diariamente se dividia basicamente nas seguintes atividades: as fisioterapeutas centravam-se nos atendimentos domiciliares, os educadores físicos promoviam ginástica laboral nas unidades, a nutricionista tinha como foco o atendimento individual e os demais integrantes do Nasf tentavam discutir os casos. A tal ponto a divisão era nítida que passou a incorporar a auto intitulação de Nasf “1” e Nasf “2”, este último tentando cumprir um papel pertinente ao Nasf.

No primeiro ano o Nasf “2” conseguiu desenvolver dois projetos importantes, a comemoração do movimento da luta antimanicomial, momento no qual ocorreram a desativação do Ambulatório de Saúde Mental e a implantação do Centro de Atenção Psicossocial (Caps). Houve uma intervenção artística com um grafiteiro na instalação do Caps a ser implantado. Na mesma ocasião fiz uma intervenção recuperando o histórico desse dia de luta. Na comemoração do Setembro Amarelo, a pesquisadora foi entrevistada em um programa da estação de rádio local. A equipe do Nasf custeou com recursos próprios a confecção de camisetas para a distribuição nas ruas de panfletos alusivos à questão do suicídio e realizamos palestra sobre a temática em duas das USF que notificavam mais casos de ideação e tentativas de suicídio.

Para que a escolha metodológica que finalmente foi possível fazer seja justificada, torna-se necessário descrever e analisar as relações com as equipes de APS, bem como com os níveis superiores hierárquicos da Secretaria Municipal de Saúde. Abordando inicialmente este último ponto, o desconhecimento pela secretária sobre as atribuições do Nasf provocavam sucessivamente conflitos, uma vez que as

demandas que ela nos dirigia diziam respeito a atendimentos individuais. Essa pressão ocorria em uma situação de *déficit* de profissionais para responder a uma demanda crescente, principalmente no campo da Saúde Mental.

Por sua vez, quem ocupava o cargo de coordenadora da APS era uma profissional de enfermagem cujo perfil era considerado inadequado politicamente por vários membros da equipe e que era mantida no cargo por relações políticas e pessoais. Desta forma o Nasf ficava à deriva, entregue às orientações que os seus integrantes conseguiam imprimir.

Houve um progressivo desgaste da relação com as equipes de Saúde da Família (SF), que haviam saudado a chegada de oito profissionais, na expectativa que houvesse atendimento individual por parte do Nasf e resolução de casos complexos. Não se cumprindo essa expectativa, a própria existência do Nasf passou a ser questionada pelos profissionais da APS.

O único integrante do Nasf que manteve uma relação profissional preservada era a própria pesquisadora, na medida em que se empenhava em responder às demandas. Quanto aos demais membros da equipe, as relações chegavam ao atrito completo, salvo certa cordialidade – “uma política da boa vizinhança” - mantida por dois membros do Nasf, mas sem relação com o trabalho.

Tendo identificado e analisado os principais elementos que compunham a situação do Nasf, não havia a possibilidade de levar à frente uma pesquisa-ação. A decisão tomada foi no sentido de descrever com profundidade o universo vivenciado, ou seja, por meio da observação participante, construir um estudo de *tipo* etnográfico (Caprara, Landim, 2008).

As autoras assinalam o crescente uso de distintas abordagens etnográficas nas pesquisas em saúde, e mencionam as “distorções de premissas originais” da etnografia, que levariam à conformação de estudos caracterizados como observações de *tipo* etnográfico.

Clifford Geertz (2008) propõe que o pesquisador deva investir numa descrição densa para compreender os fenômenos, pois entende a cultura como “a teia de significados que o homem teceu” e, que nela há uma “superfície enigmática” do qual se pode interpretar. O ser humano necessita de códigos de conduta para funcionar, assim,

cultura pode ser traduzida como um conjunto de regras voltadas a governar o comportamento – um sistema de símbolos significantes para organizá-lo.

Praticar etnografia é estabelecer relações, selecionar informantes, transcrever textos, levantar genealogias, mapear campos, manter um diário; o que o define é o tipo de esforço intelectual: a descrição densa.

Ao discutir o que é etnografia, Rockwell faz a seguinte afirmação:

the anthropological tradition, ethnography occupies a precise place as the branch of the science whose task is to describe the many forms in which human beings manage to survive, live and give meaning to their lives. Starting out from this initial definition, the term 'ethnography' takes on another meaning, in that it can be said to be the whole set of tools and practices developed to perform that task. However, it has never been visualized as being a 'method' in the strict sense: it is rather a particular way of linking field experience and analytical work [...] (1991, p. 156).

Para a autora a principal tarefa da etnografia é documentar o não documentado, obtendo, como produto do trabalho analítico, sempre uma descrição. A pesquisa etnográfica se baseia no contato direto e prolongado no campo (1991, p.157).

Sato e Souza (2001) enfatizam que o estudo etnográfico “implica complementar a informação de campo com aquela relativa a outras ordens sociais e buscar interpretações e explicações a partir de elementos externos à situação particular. Assim sendo, não se realizam estudos *de caso*, mas estudos *sobre casos*” (p.31).

No que concerne à pesquisa de campo, Erickson, Florio e Buschman (1980) pontuam que há cinco questões principais a serem respondidas: o que está acontecendo neste cenário de campo? Qual o significado desses acontecimentos para as pessoas envolvidas? O que as pessoas têm que conhecer para fazer o que fazem nesse cenário? Como o que está se passando aqui se relaciona um com o contexto social mais amplo desse cenário? Como a organização do que acontece aqui difere do que é encontrado em outros locais e épocas?

Mariza Peirano (2014) aponta que o pesquisador se torna agente na etnografia pela capacidade de estranhamento e necessidade de examinar os eventos, que vividos ou observados, sobressaltam-se. Não há etnografia sem empiria, tudo o que afeta nossos sentidos são materiais para questionamento. “O “método etnográfico” implica a

recusa a uma orientação definida previamente” (p. 381). Para a autora o trabalho empírico desenvolvido nos espaços locais e particulares permite descrever e compreender processos mais gerais.

### **2.2.1 Apresentando o município onde se situou o campo da investigação**

O município está situado no interior do estado de São Paulo e tem uma população de cerca de 30 mil habitantes (IBGE, 2010).

A seguir são apresentados alguns indicadores de condições de vida e dados epidemiológicos do município.

A mortalidade infantil retrocedeu de 12,41 óbitos por 1.000 nascidos vivos em 2000 para 13,61 em 2010, coeficiente considerado muito elevado, e que no detalhamento evidencia a preponderância do componente neonatal, cuja determinação repousa na assistência a gestação, ao parto e ao nascimento. Tal fato sinaliza a dissociação entre indicadores de condições de vida do município.

As principais causas de óbitos no município, segundo a Classificação Internacional de Doenças – CID-10, são as doenças do aparelho circulatório, seguida dos sintomas sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório e, posterior, as doenças do aparelho respiratório. O plano municipal alerta para o fato da transição epidemiológica e a dupla carga de doenças que o município vivencia, justamente pelas doenças crônicas não transmissíveis como as primeiras causas de óbitos.

Possui quase totalidade do lixo coletado, abastecimento por água e rede de esgoto canalizado.

### **2.2.2. A rede assistencial à saúde**

Inicialmente será comentada a composição da rede municipal e da força de trabalho do SUS.

A composição da rede municipal de saúde é a que se segue, fugindo ao escopo desse estudo a descrição da rede privada lucrativa que não mantém relação com o SUS:

- Rede ambulatorial do SUS

- 06 USF (Unidades de Saúde da Família)
- 01 CEO (Centro de Especialidades Odontológicas)
- 01 UBS (Unidade Básica de Saúde) com Equipe de Agentes Comunitários de Saúde (EACS)
- 01 Centro de Pediatria
- 01 Ambulatório de Saúde Mental
- 01 Nasf
- Rede hospitalar: 02 hospitais
  - 01 filantrópico conveniado com o SUS
  - 01 privado

O planejamento e o gerenciamento do setor saúde demarcam o território em torno da APS. Não há outros ambulatórios de especialidade no município. Os pacientes que necessitam de outros especialistas são referenciados para o Ambulatório Médico de Especialidades – AME, situado a cerca de 40 km ou para o município de referência situado a cerca de 100 km. Os pacientes são encaminhados via uma central de encaminhamento sob gestão municipal.

A partir da Emenda Constitucional 29 do ano 2000, a qual atribuiu participação orçamentária aos três entes federativos - cabendo aos municípios contribuir com no mínimo 15% de recursos próprios na saúde, o município investe acima do valor estipulado.

A composição do quadro de pessoal da Secretaria de Saúde estava formada por trabalhadores com cargo comissionado, trabalhadores contratados pelo regime da CLT, trabalhadores com prazo determinado de vínculo, empregos públicos, estatutários e funcionários sem caracterização de vínculo, totalizando cerca de 600 servidores.

### **3. AS RELAÇÕES DE PODER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO PAULISTA DE PEQUENO PORTE**

Este capítulo busca analisar alguns aspectos das relações de poder que se tecem nas rotinas de trabalho, com base na descrição de duas situações vivenciadas pela pesquisadora como trabalhadora, durante dois anos.

Cabe inicialmente contextualizar o lugar ocupado e o papel atribuído à APS no Brasil. É possível afirmar que a relevância mundialmente adquirida por esse nível de atenção está historicamente associada à elevação dos custos da assistência às doenças na medida em que a longevidade cresceu no decorrer do século XX e o modo de vida predominante se vincula a um perfil de doenças crônicas, câncer e as chamadas causas externas, que expressam a violência sob suas várias formas (Giovanella; Mendonça, 2009).

Pode-se, portanto, compreender o motivo do fracasso do lema “Saúde para todos no ano 2000”, que encimava a Declaração de Alma Ata, produto da Conferência realizada em 1978, na então União Soviética, promovida pela Organização Mundial de Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Em outras palavras, ainda que nesse evento tenha havido a defesa do direito à saúde, no próprio enunciado do relatório estava claro que a atenção à saúde deveria ser executada a um custo que pudesse ser arcado pelos governos em cada estágio de seu desenvolvimento. Portanto, não é surpreendente que os recursos dedicados à assistência à saúde em cada país tenham sido desde então profundamente e progressivamente afetados pela crise econômica do capital que sobreveio, mais uma vez com mais força, desde a década de 1970 (Giovanella, 2003).

Atestando que, por modestas que fossem, as conclusões desse relatório não poderiam ser toleradas pelo capital em crise, em 1979, o Banco Mundial, a Fundação Rockefeller, a Fundação Ford e própria UNICEF formularam uma crítica à Declaração de Alma Ata por seu “caráter idealista”. Propuseram um pacote de ações de baixo custo como resposta às principais doenças em países “pobres”. Em países subdesenvolvidos e de economia subordinada como o Brasil esses pacotes passaram a predominar revestidos sob roupagens diversas e multiplicaram-se os eventos nos quais

“*scholars*” financiados pelo Banco Mundial, UNICEF e outros organismos internacionais veicularam tais “alternativas”(Rizzotto, 2000).

A OMS passa a defender, desde 2008, a chamada “cobertura universal de saúde”, que nada mais é que a ampliação de cobertura mediante transferência de recursos do fundo público para empresas privadas.

Esse embate já se fazia presente no momento histórico em que se discutia a saúde como direito social no Brasil e as diretrizes e princípios que deveriam reger o SUS. Em que pese o impulso às forças progressistas conferido pela luta contra a ditadura civil-militar, as negociações feitas “por cima” e a influência de intelectuais do campo da Saúde Coletiva que priorizavam a ocupação de espaços por dentro do aparelho estatal, ocupando inclusive postos importantes no antigo Inamps e no Ministério da Saúde já no fim do governo militar, as concepções, que finalmente constaram dos textos constitucionais e posteriormente da lei federal 8080 de 1990, estavam impregnadas de contradições (Carvalho, 2013).

Portanto, a concepção de APS que passaria a nortear a operacionalização de ações no sistema de serviços de saúde reflete tais contradições. Assim confunde-se promoção da saúde com o nível primário de prevenção do esquema de Leavell e Clark e com a intersetorialidade. Apesar de incluídos na lei 8080 artigos referentes à saúde do trabalhador, conferindo à autoridade sanitária poder de intervenção em ambientes de trabalho, a atenção, agora denominada cuidado (do termo inglês *care*, que é cunhado com forte significado da relação estritamente entre indivíduos - ver a produção de Avedis Donabedian), progressivamente definiu a embrionária rede de atenção à saúde do trabalhador. O cuidado está centrado na família, espaço de reprodução social da vida do trabalhador e do desempregado. Ali devem se aliviar as enormes tensões sociais que podem eclodir em um país que é um dos dez mais desiguais do mundo.

Nessa visão na qual o enfoque individual predomina, o trabalhador do SUS é, em primeiro lugar, mergulhado em uma série de capacitações alimentada por textos bem construídos que fazem apelo repetido ao vínculo com os usuários, como se o trabalho em saúde fosse uma questão apenas de dedicação, boa vontade e boa índole. Em meio a um caos social instaurado desde a crise de 2008, sobrevivendo cortes crescentes nas políticas sociais, aprofundamento da transferência das funções públicas para a

iniciativa privada, colonização dos serviços públicos pela lógica privada, a responsabilidade dos eventuais efeitos, benéficos ou danosos, das ações dos serviços de saúde é depositada sobre os ombros dos profissionais do setor, submetidos cada vez mais a uma pressão produtivista. A “eficiência” é medida em termos dos quantitativos de procedimentos. Nesse contexto, a APS ‘passa a “merecer” um discurso que a coloca como estruturante do SUS e a ESF é a modalidade prioritária da organização do processo de trabalho, cujo objeto não considera a questão do lugar central do trabalho em nossa sociedade.

Ao mesmo tempo em que uma grande produção acadêmica internacional e nacional celebra as qualidades da APS, sistemas nacionais públicos de saúde são corroídos pelas restrições impostas por medidas neoliberais. Equipes de saúde devem fazer face a condições de vida que se degradam, e continuam sendo investidas de atribuições múltiplas, enfrentando situação de carências variadas no ambiente de trabalho, baixos salários, déficit no quadro de pessoal.

A expansão do número da ESF demonstra a priorização dessa forma de assistência: no final de 2014 haviam sido implantadas no Brasil quase 40 mil equipes em 5465 municípios, abrangendo uma população estimada em 122.796.531 pessoas (Brasil, 2017). No entanto, na medida em que a insuficiência numérica e na composição das equipes da APS foi se tornando patente, a “solução” encontrada foi a estruturação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família- Nasf, cujo papel é suprir as carências da APS. Em outras palavras, a criação dos Nasf revela uma escolha política: em vez de dotar cada serviço de profissionais cuja formação e qualificação correspondessem ao perfil sócio- econômico, demográfico e epidemiológico do grupo populacional morador e trabalhador na respectiva área de abrangência, procura-se apenas remediar a situação, em tempos de contenção de recursos para a sustentação do SUS.

Sinteticamente, o Nasf tem composição e atribuições definidas em portaria, editada em 2008, pelo Ministério de Saúde (MS), entre as quais o exercício de atividades técnico-pedagógicas de apoio às ações das equipes de APS e, secundariamente, a prestação de assistência quando pertinente. A implantação do Nasf é induzida mediante transferência de recursos pelo MS aos municípios e cada equipe é responsável pela retaguarda a um número variável de equipes e serviços.



No município em questão, o Nasf, implantado em 2015, preenchia os requisitos da modalidade I conforme especificação do MS e era composto por oito integrantes, sendo duas fisioterapeutas, duas psicólogas, uma assistente social, dois educadores físicos e uma nutricionista. As jornadas de trabalho variavam de 20 a 40 horas por semana e o horário dos profissionais não coincidia, o que dificultava a comunicação entre seus membros. O ingresso dos profissionais havia sido realizado por processo seletivo. O Nasf era encarregado de dar apoio a sete equipes de Saúde da Família (eSF) em seis Unidades de Saúde da Família – USF.

Cabe descrever e analisar as relações com as equipes de APS, bem como com os níveis superiores hierárquicos da Secretaria de Saúde. Abordando inicialmente este último ponto, o desconhecimento pela secretária das atribuições do Nasf provocavam sucessivamente conflitos, uma vez que as demandas que ela nos dirigia diziam respeito a atendimentos individuais.

Quanto à relação mantida com as equipes de Saúde da Família -eSF, foi-se desfazendo aquele momento inicial em que se “festejou” a chegada de oito profissionais, que iriam atender individualmente e resolver os casos complexos. Na medida em que as expectativas se dissolveram, os conflitos surgiram. Na visão das equipes da APS, se o atendimento individual não fosse realizado, o Nasf não servia para nada.

O relato de como evoluíram as relações, no interior da equipe e com as equipes da APS que o Nasf deveria acompanhar, evidencia os ajustes e os desajustes de uma situação complexa: fazer face às tarefas de assistir a população em um contexto no qual os recursos de saúde são escassos. Dentre as situações vividas pela pesquisadora, duas foram selecionadas por elucidarem, ainda que dentro de limites, as relações de poder em que se enredam os trabalhadores do SUS de um município de pequeno porte.

### **Itinerário metodológico: na corda bamba, ajustes e desajustes**

Esse universo do dia a dia do trabalho levou à decisão, como pesquisadora, no sentido de construir um ensaio etnográfico que possibilitasse descrever com profundidade as situações vivenciadas.

A escolha da etnografia na orientação da pesquisa oferece vantagens e desvantagens. Da parte dos demais profissionais do Nasf poderia haver certa estigmatização da presença da pesquisadora por estar cursando o doutorado, situação que poderia provocar distanciar dos colegas e também dos integrantes das equipes das USF.

O campo de estudo era composto, além do próprio Nasf, por quatro equipes Saúde da Família, em um total de sete, obedecendo à divisão de trabalho acordada entre as psicólogas do Nasf, que se impunha pela alta demanda.

No desenvolvimento da pesquisa foi realizado um total de 17 entrevistas semiestruturadas: com os integrantes do Nasf, com exceção de um dos profissionais; oito ACS; uma auxiliar de enfermagem; uma enfermeira; um ocupante do nível central de gestão da secretaria de saúde (Apêndice I).

Com exceção de duas entrevistas efetuadas no serviço, as demais foram realizadas na residência da pesquisadora e tiveram duração média de uma hora e meia. Cabe observar que todas as entrevistas ocorreram no período de junho a agosto de 2017, ou seja, depois do pedido de demissão da pesquisadora.

A opção de entrevista semiestruturada se justifica na medida em que os roteiros que organizei procurava aprofundar aspectos já observados no dia a dia do trabalho. Essa modalidade de entrevista permite que se trave uma conversa, ainda que balizada por questões. A entrevista semiestruturada parte de perguntas fundamentais, fruto das teorias e investigações já realizadas pelo pesquisador sobre o fenômeno social em questão. Ainda, valoriza a presença do investigador e favorece a espontaneidade das respostas pelo interlocutor. Recomenda-se que as entrevistas sejam gravadas, pois desta maneira o informante tem a chance de escutar suas próprias palavras, podendo ajudar na compreensão do conteúdo. (Triviños, 1987).

A escolha dos entrevistados foi orientada pela facilidade de acesso e presteza, e foi evidente que alguns profissionais contatados se esquivaram alegando falta de tempo e receio quanto a um possível conteúdo técnico das questões, ainda que fosse

assegurado que não se tratava de obter respostas corretas ou incorretas. Todas as entrevistas foram gravadas, com exceção de uma delas, a pedido do entrevistado. A transcrição foi feita pela pesquisadora.

No diário de pesquisadora foram registradas observações relativas às atividades diárias desenvolvidas no trabalho do Nasf.

Quanto aos aspectos éticos, a equipe tinha conhecimento da pesquisa que estava sendo desenvolvida. Foi apresentado a cada um dos entrevistados, membros do Nasf e da APS, o Termo de Consentimento Livre Esclarecido -TCLE, sendo ressaltados os aspectos de sigilo (Anexo 1). A pesquisa foi aprovada pelo CEP Unifesp pelo nº 1.325.830. Para preservar o sigilo dos entrevistados cada um deles recebeu nomes fictícios baseados em pedras preciosas, sem explicitação de gênero.

### **A difícil tarefa de compreender a rede de poder**

A primeira situação descrita diz respeito ao acesso aos médicos por parte dos profissionais da APS e do Nasf. Em várias ocasiões, frente a problemas e questões trazidas pelos usuários dos serviços de APS, os profissionais universitários necessitavam buscar a opinião do médico do serviço.

O depoimento de Ágata ilustra a relação existente:

[...] Ah, e a gente tem uma dificuldade com os médicos, lembrei. Na verdade foi maior mas ainda tem. Os médicos têm uma dificuldade enorme de... eu acho até que eles entendem, mas eles fingem que não entendem. Eles atribuem ao Nasf umas situações que não tem como, um médico não vê que está pedindo uma coisa ridícula [risos]. [...] o entendimento dos médicos com o nosso trabalho de Nasf é muito dificultoso. [...] tem uns que nem lembram que a gente existe para falar a verdade, tem outros que pedem assim umas coisas totalmente desnecessárias [...].

Sobre a participação dos médicos nas reuniões do Nasf, Galena, uma das ocupantes de cargo de gestão observa que:

[...] Alguns colocam desculpa e outro simplesmente vira as costas e não faz. Mas é o que eu te falei, depende muito de quem aborda eles, de quem vai conversar com eles, como vai conversar com eles, entendeu? Depende disso também, tem que ter um jeitinho.

A fala de Opala tenta explicar os motivos dessa recusa:

[...] A dificuldade deles é participar de reunião porque eles acham que não tem que participar de reunião de Nasf nenhum.

No entanto, assinala que a aproximação dos médicos com a equipe do Nasf era permeada pelo hábito do encontro:

Mas a facilidade de ir até eles eu acho que existe, agora ainda mais porque eles já se acostumaram um pouco com a gente, então eu não tenho problema com nenhum médico em relação à isso, eles nos escutam, a gente discute e consegue chegar num consenso entre Nasf-AB (Nasf-AB que eu falo é psicologia) e o médico.

Por outro lado, Galena pontua como se passa o manejo de situações onde o atendimento pelo médico é necessário:

[...] olha, eu tenho uma criança com febre, você não foi na rua, você vai ter que atender. Então tem dia que a gente consegue, tem dia que não. Ai também a gestora não quer arrumar briga, não quer arrumar confusão com esse médico.

Os médicos das unidades, em sua maioria, eram estimados pela população de sua área de abrangência, eram cordiais e educados. Com o trabalho do Nasf, quando solicitados a discutir algum caso, também eram gentis em receber. Contudo não se esforçavam para modificar qualquer que fosse a situação apresentada. Fica evidente o conforto advindo desse predomínio de poder do qual fazem parte.

Em algumas unidades de saúde o médico não comparecia e/ou não permanecia nas 40 horas de jornada semanais, sem que houvesse manifestações significativas de cobrança pela população. Em uma ocasião, quando os profissionais do Nasf chegaram a uma unidade básica de saúde para realizar o grupo de apoio em saúde mental, a enfermeira estava muito nervosa por causa da ausência do médica, que conforme sabia a enfermeira, estava em um serviço privado de cuidados pessoais, o que fez com os pacientes que aguardavam tivessem que ser dispensados. Um dos usuários revoltou-se, chutou a porta da sala da enfermeira e, na sequência, encaminhou uma reclamação

à ouvidoria. Essa queixa fez com que a secretária de saúde fosse alertada e entrasse, de imediato, em contato com a médica, que justificou sua ausência por um problema de saúde – apresentou atestado e permaneceu em casa. A indignação da enfermeira era motivada pela exposição em que a médica a colocara, provocando uma situação de grande tensão, já que o usuário quase a agrediu.

Havia certo padrão nos atendimentos médicos, que seguiam o cronograma da unidade, dividido em: um dia para gestantes, um período do dia para visitas domiciliares, um ou dois dias por mês para entrega de medicação aos usuários hipertensos e diabéticos e, para os médicos integrantes do programa Mais Médicos, era reservado um dia para estudos, portanto dispensado da assistência na unidade. Os usuários pareciam bem adaptados às atividades estabelecidas, e conviviam com a necessidade de chegar uma ou duas horas antes da abertura da unidade para conseguir uma vaga. O esquema de trabalho dos médicos não era permeável a mudanças causando a persistência das famosas “filas de espera”.

A cordialidade presente nas relações dos médicos com os usuários e profissionais dificultava o suscitar de alguma indignação, por mais que os médicos faltassem aos atendimentos. Como exemplo nos procedimentos de avaliação dos usuários por solicitação do Nasf, havia pouca resolutividade dos casos e muita simpatia. Tal atitude, tendo em vista o poder médico, torna difícil implantar mudanças de práticas consideradas necessárias pelas equipes para melhoria da assistência.

Buscando fundamento em Foucault para analisar a posição social dos médicos, que se reflete no interior das equipes de saúde, o autor via a Medicina inglesa como exemplo da “*social medicine*, medicina dos pobres, medicina a serviço de uma classe” (2014, p.169). Refere que foi essa forma que, diferentemente da medicina urbana francesa e da medicina de Estado da Alemanha, essa medicina que surgiu na Inglaterra era “essencialmente um controle de saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas” (p. 169)”. Na opinião do autor, essa “fórmula da medicina social inglesa foi a que teve futuro” (p. 170) e “o médico penetra em diferentes instâncias de poder” (p.309). Há um “excesso de poder de que se beneficia o médico” (p.310) desde o século XVIII, sendo a presença dessa profissão cada vez mais forte na academia e nas sociedades científicas, bem

como junto aos representantes do poder. O autor ressalta como as sociedades médicas se qualificaram para a tomada de medidas autoritárias, tornando-se o médico “o grande conselheiro e o grande perito, senão na arte de governar, pelo menos na de observar, corrigir, melhorar o ‘corpo’ social e mantê-lo em um permanente estado de saúde” (p.310).

É possível desenvolver também, com base nas elaborações de Foucault, a análise do que significa a ESF no ordenamento do SUS, tomando por referência o papel que a família cumpre, desempenhando todo um conjunto de tarefas que os pais devem assegurar quanto à saúde dos filhos: cuidado, higiene, limpeza, vestuários adequados, exercícios físicos etc., visando o desenvolvimento do corpo da criança.

Foucault afirma que desde o século XVIII “a família se tornou o agente mais constante da medicalização”, constituindo-se como “alvo de um grande empreendimento de aculturação médica” (2014, p. 306). Para o autor, a família aparece então, como instância primeira da medicalização dos indivíduos, desempenhando o papel de articular os objetivos relativos à boa saúde do corpo social com o desejo de cuidados por parte dos indivíduos. Assim, no entender do autor, a família associa a uma ética “privada” da boa saúde que expressa o dever recíproco de pais e filhos ao controle coletivo de higiene e das técnicas de cura.

Desta forma, a política de saúde se organizaria em torno desse elemento central, “formado no século XVIII a família medicalizada-medicalizante” (2014, p. 307).

Cabe destacar que para Foucault há um processo de perpétua criação recíproca entre o exercício do poder e o saber, este último acarretando o que o autor denomina como efeitos de poder (2014). Em outras palavras, os médicos além de gozarem de um estatuto social que lhes empresta poder, no interior de um modelo assistencial como a ESF mantêm a primazia do conhecimento sobre as demais profissões.

### **A difícil tarefa de permanecer em uma rede de poder**

Em uma ocasião, a coordenadora da APS contatou a pesquisadora ao telefone tendo repassado, de imediato, a ligação para a secretária de saúde, que queria informações sobre o projeto que envolvia o grupo de crianças com problemas de

aprendizagem, projeto considerado urgente por ela. Tal urgência poderia ser motivada por ordens judiciais que dispunham o início imediato desse tipo de atendimento. Como decorrência dessa ligação foi agendada uma reunião para o dia seguinte, na sede da secretaria de saúde, que se localiza no mesmo prédio de uma UBS.

Quando a pesquisadora chegou ao local da reunião, acompanhada pela assistente social e pela outra psicóloga, tivemos que aguardar a coordenadora da APS, pois a secretária assim desejava.

Fomos então chamadas para conversar em uma sala reservada, algo inédito, pois habitualmente éramos recebidas na sala da própria secretária, que segundo informações circulantes dispunha de câmera e gravador.

Participaram da reunião a secretária, a coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial – Caps e a coordenadora da APS. A secretária começou a reunião questionando a conduta de minha colega psicóloga que, em conjunto com a médica da USF, havia solicitado avaliação psiquiátrica para uma pessoa em situação de grave sofrimento psíquico.

Uma colega de profissão e do Nasf havia atendido na triagem, essa pessoa, de 20 anos de idade, que ao ser acolhida, pôde relatar seus sintomas, dentre os quais pensamentos suicidas e comportamentos repetitivos. Preocupada com a desordem afetiva e social vivenciada pelo usuário, a psicóloga discutiu o caso com a médica da USF, que atendeu, prescreveu medicamento para alívio dos sintomas e encaminhou ao Caps.

A secretária já havia redigido um ofício anteriormente contestando a conduta da psicóloga. Afirmou que pessoas portadoras do diagnóstico em questão não necessitariam avaliação psiquiátrica, posto que não haveria cura e que existiriam pessoas vivendo prolongadamente com essa “doença”. Questionou se havia sido recomendada atividade física, tendo concluído que se houve melhora com o cumprimento de tal recomendação, isto seria suficiente como conduta. Por sua vez, a coordenadora do Caps confirmou que aquela hipótese diagnóstica não se constituía como caso para avaliação no Caps.

Em seguida foi abordado o projeto do grupo de crianças e a secretária e a coordenadora do Caps se retiraram para buscar a lista de crianças para a

operacionalização da chamada para a triagem. Na ausência da secretária e da coordenadora do Caps, a pesquisadora questionou, com humor alterado, a coordenadora da APS sobre o que havia acabado de ocorrer: a interferência na conduta da psicologia e no trato que eu considerava equivocado dispensado ao usuário referido.

A resposta obtida foi que essa era a rotina, caso quisesse permanecer no trabalho e que, como coordenadora da APS, ela não iria interferir, pois seu vínculo empregatício tinha a natureza de cargo de confiança e, portanto, não arriscaria perdê-lo. Assim que a reunião terminou, a pesquisadora se despediu das colegas de trabalho na sede do Nasf e foi até o escritório de Recursos Humanos - RH da prefeitura para pedir demissão.

Depois dessa situação, foi divulgado que o usuário em situação de grave sofrimento psíquico finalmente teria conseguido acesso ao Caps. No entanto, passados alguns meses, a mídia local noticiou sua morte por suicídio.

Obviamente, esse episódio não foi a única causa da demissão da pesquisadora, isto é, não foi uma ocorrência isolada na trajetória de trabalho, mas antes o culminar de uma sucessão de situações conflituosas nas quais o mal-estar se expressava em sofrimento psíquico, que se renovava e se aprofundava a cada contato com a secretária municipal de saúde.

É significativo que os dezessete entrevistados mostraram convergência de opiniões a respeito das atitudes e desempenho da gestora municipal de saúde. Seguem-se alguns depoimentos. Inicialmente expressa-se Galena:

[...] Ai, eu tenho grande dificuldade em trabalhar com ela. Eu acho ela muito rude, ela... eu sei que muitos pontos que ela não atende o que a gente pede é porque ela é subordinada ao prefeito e ela faz o que ele quer [...] Ela não me apoia em nada. Tem uma Educação Permanente, essas reuniões que a gente tem que ir fora, não vai porque não quer dar gasolina, porque acha que é desperdício de tempo [...].

Por sua vez, Rubi se posiciona:

[...] pra começar ela não tem perfil nenhum para estar na posição que é extrema responsabilidade e corresponsabilização do SUS, que se trabalha diretamente com vidas, com pessoas [...] é preciso a remoção dela neste cargo, alguém que entenda o que é o SUS, para trabalhar com seres humanos, uma pessoa humanizada, e para trabalhar sem



vínculo partidário [...] a secretaria de saúde atual é aquela que arregança as mangas nas campanhas, pressiona os funcionários, aparece nas unidades só nesse período, no dia a dia ela não é presente nas equipes.

Opala confirma esse posicionamento:

É para falar a verdade? [risos]. Primeiro, para mim ela nunca seria secretária da saúde, ela não tem nenhum conhecimento sobre saúde pública. A gente tem pouco, mas o pouco que a gente tem é muito mais do que ela sabe. Primeiro que ela não sabe nem lidar com o profissional, ela não sabe como se reportar a um profissional, ela não sabe como motivar para desenvolver um trabalho bom, ela não sabe participar da rotina de trabalho dos próprios funcionários e ela não sabe nem o que é saúde, na verdade. Eu acho péssima, eu acho que ela atrapalha muito tudo, o Nasf, as equipes de saúde, ela atrapalha o desenvolvimento da saúde. Na verdade a palavra é incompetente, [...] sinto que ela é muito política: “eu não vou gastar o dinheiro do prefeito, eu não vou fazer porque o prefeito não quer, eu não vou nem chegar a pedir isso para o prefeito”. [...] A mesma coisa quando a gente pediu o transporte para o Nasf “Eu nem vou pedir para o prefeito, coitado do prefeito”, que eu não esqueço essa frase nunca “coitado do prefeito”... coitada da gente ter uma gestora dessas.

Outro episódio que ilustra as relações de poder no cenário desse pequeno município aconteceu quando uma das profissionais do Nasf, no caso a assistente social, se sentiu discriminada quanto a direitos trabalhistas.

Em meados de 2017 o prefeito da cidade sancionou a lei municipal que regulamentou a carga horária de algumas categorias profissionais, dentre as quais a de assistente social, que passaram a cumprir a jornada de 30 horas semanais, adequando-se às leis federais de nº 8.662/1993 e de nº 12.317/2010.

Alguns dias depois de sancionada a lei, automaticamente as assistentes sociais reduziram as respectivas cargas horárias sem prejuízo de salário, com exceção da profissional do Nasf, com a justificativa do órgão jurídico municipal de que os cargos do Nasf não se enquadravam como cargos públicos, uma especificação da lei municipal.

A assistente social do Nasf iniciou uma jornada em busca de seu direito. Seu primeiro contato foi com o setor de Recursos Humanos da prefeitura, o qual alegou que não lhe cabia esse direito porque ela fazia parte de um programa específico ligado à ESF, cuja jornada era definida em oito horas diárias. Diante de questionamentos, o setor a direcionou ao jurídico, que persistiu com a mesma justificativa.

Inconformada com a situação, a trabalhadora continuou contestando a decisão. Diante desse fato, o órgão jurídico solicitou um parecer para que ela esclarecesse porque se achava no direito de obter a redução da carga horária. Este documento seria apreciado pelo prefeito. Contudo, mesmo com a carta em mãos, o advogado do setor jurídico não deu andamento e a orientou a buscar auxílio especializado.

Frise-se que os gestores da saúde não mostraram interesse em articular junto ao órgão jurídico um estudo para deferir o direito que fora negado. Sabe-se que, com a saída da pesquisadora do Nasf, houve um desfalque na carga horária total da equipe, preconizada pelo Ministério da Saúde em 200 horas semanais na modalidade Nasf 1.

Para perfazer essa exigência, não só houve a recusa da redução da carga horária da assistente social do Nasf, bem como o nome da pesquisadora, que havia pedido demissão em maio de 2017, permaneceu cadastrado no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) até dezembro de 2017, apesar de solicitação no sentido de seu descadastramento que, uma vez efetuado, forçou a SMS a se ajustar ao Nasf 2, cujo requisito de carga horária é de 120 horas. Portanto, o motivo alegado à assistente social do Nasf não se justificava, a não ser pelo fato de que o Nasf 1 recebe maior recurso que o Nasf 2.

No fim de 2018 a lei municipal, acima mencionada, completou um ano que foi sancionada e o desfecho desta caminhada dar-se-á nos tribunais do Ministério Público do Trabalho, porque a assistente social acatou a sugestão do próprio jurídico de seu município atuante e buscou ajuda de um advogado trabalhista.

Esses três eventos ilustram a tessitura da rede de poder neste sistema municipal de saúde e configuram momentos marcantes de presença ou ausência de resistência. No transcorrer da pesquisa, foi possível observar formas distorcidas de resistência, no dia a dia do processo de trabalho das equipes.

Foucault conceitua o poder como algo que “funciona e se exerce em redes”, rede na qual os indivíduos sempre podem tanto exercer esse poder como sofrer sua ação, sem jamais serem “alvos inertes ou consentidos”, mas “sempre centros de transmissão” (2014, p. 284).

Portanto, a atitude da pesquisadora, ao pedir demissão, demonstraria a recusa em continuar sendo um centro de transmissão da rede de poder constituída na gestão municipal de saúde em que havia trabalhado.

A tentativa de compreensão dos fenômenos está inscrita desde a Antiguidade e, a aproximação e o distanciamento de outras épocas, propiciam-nos compreender os diferentes modos de vida, nos quais fomos inventados e construídos em determinado momento, constituídos em determinada história. Todavia, a historicidade vem ao encontro dos nossos pensamentos, modos de agir e sentir (Foucault, 2005).

Na busca em alcançar o sujeito na cena moderna, Michel Foucault – filósofo francês - com sua insaciabilidade em problematizar as concepções clássicas de sujeito, questiona como este surge, em que contexto e quais mecanismos (tecnologias) estão presentes, visto que o poder que antes habitava o soberano, na modernidade incide sobre os corpos. Por não se constituir como um trabalho linear tem como percurso de pensamento compreender o sujeito moderno, que segundo ele, fora inventado, construído. Na antiguidade clássica, coloca o poder nas mãos do soberano, que decide sobre a vida e a morte dos seus súditos (Foucault, 2005).

No nascer da modernidade, o filósofo diz surgir uma nova tecnologia de poder, por meio da disciplinarização dos corpos, um poder externo que se internaliza e cria corpos dóceis. Por volta do século XIX, transição do século XVIII para o XIX, Foucault percebe uma nova forma de controle - complementar a tecnologia disciplinar - o biopoder – um poder que age sobre a vida, sobre os corpos populacionais, que não mais se restringe aos indivíduos como a técnica disciplinar. E, para que este processo de construção ocorra lançamos mão de tecnologias (Foucault, 1979).

Somos então, efeitos de um poder disciplinar e efeitos de um biopoder – processo que nos constitui como sujeitos. O poder representa nesta nova forma de configuração dos modos de vida, um conjunto de relações, um campo de forças que produz corpos sociais e verdades, os quais investem na vida, em um movimento de politização da vida. O poder na modernidade funciona e se exerce em rede. No tecido social, os sujeitos estão sempre na posição de exercer este poder e de sofrer sua ação; são vistos como centros de transmissão. Todos somos, ao mesmo tempo, detentores e

destinatários do poder. Ao exercer-se, o poder forma, organiza, coloca em circulação um dispositivo de saber (Foucault, 1979).

Este investir no corpo individual e no corpo como espécie (população) representa a anátomo-política do corpo, um dos polos que Foucault nomeia como biopoder. Tudo isso para que haja uma produção da vida, a qual a biopolítica é responsável – outro pólo do biopoder. Com isso, o biopoder envolve o universo das relações que atravessa os corpos e a vida, infiltrados como objeto de política que contém e está contido, não mais nos representantes do Estado (enquanto hierarquias), mas na subjetividade dos agentes sociais. Ainda, grosso modo, apresenta-se polarizado, seja por um movimento de controle e manutenção da vida, seja por um movimento de contrapoder (ideia de desnaturalização).

Os efeitos do biopoder se fazem sentir em processos coletivos, de conjunto – é um poder que gera vida e excessos, e pode ser positivo ou negativo. O biopoder traz também, um movimento ambíguo, visto que há um acento excessivo na vida a partir dos excluídos - aqueles que não devem viver, que não possuem atenção e políticas de Estado (Foucault, 1979).

Os corpos estão no centro da política, inscritos pela sociedade. Esta inscrição dos corpos no centro da política expressa o poder sobre a vida, a produção dos corpos como máquinas, o foco no biológico, uma biopolítica da população. Este movimento de regulação da população, Foucault titula como governamentalidade – a arte de governar os corpos, que pôde ser pensada a partir do modelo de família, da economia voltada à gestão familiar. [Antes de esmiuçar este movimento, faz-se necessário discorrer sobre como se deu o desbloqueio da arte de governar e como a economia pôde centralizar-se nos problemas da população].

Foucault em sua obra “Microfísica do poder” (1979) descreve como se deu a relação entre segurança, população e governo. Para isso, retoma a época dos príncipes e principados para compreender a arte de governar, como as tarefas são distribuídas e o que está ao alcance do soberano e do povo. Aponta que os problemas que surgem no século XVI (retorno do estoicismo, interesses da pastoral católica e protestante, crianças como centro da problemática da pedagogia, entre outros) colocam com

intensidade o problema de como ser governado, por quem, até que ponto, com qual objetivo, com que método, etc.

Em sua análise, demonstra que alguns processos convergiram para que a arte de governar se diferenciasse da rigidez soberana e do modelo débil familiar; com a expansão demográfica do século XVII, ligada à abundância monetária e ao aumento da produção, mostra que a ciência do governo, a centralização da economia em outra coisa que não a família e o problema da população estão ligados.

Estes acontecimentos, conjuntamente com o desenvolvimento da ciência do governo, priorizam a percepção dos problemas específicos da população, centralizando a economia em outra coisa que não mais a família. Esta nova administração revela pouco a pouco que a população tem uma regularidade própria: número de mortos, de doentes, regularidades de acidentes, entre outros, demonstrando que a população ocasiona efeitos econômicos peculiares.

Desta maneira, a governamentalidade é responsável por gerir a população, melhorar sua sorte, aumentar riqueza, sua duração de vida, sua saúde através das campanhas e técnicas que vão agir indiretamente sobre ela e que permitirão aumentar, sem que as pessoas se dêem conta, a taxa de natalidade, o controle dos corpos, dos modos de vida. São técnicas que produzem sujeitos e tecnologias de si que produzem subjetividades (Foucault, 1979).

Todavia, esta produção de corpos sociais apresenta falhas, brechas, que escapam das políticas de governo; ao mesmo tempo em que as tecnologias criam, elas excluem. Neste sentido, as ideias do pensador italiano Giorgio Agamben vêm ao encontro da filosofia foucauldiana, por referirem-se aos direitos públicos e aos fatos políticos, aos desejos criados e as vidas nuas, a decisão sobre o valor (ou sobre o desvalor) da vida como tal.

Em sua obra “Homo sacer: o poder soberano e a vida nua I” (2004a) trabalha o conceito do *homo sacer* – figura jurídica do direito romano arcaico que designa aquele que pode ser morto, mas não pode ser sacrificado segundo os ritos de punição - ou seja, representa a vida matável e indigna de viver nos atuais estados ditos

democráticos. A vida nua é demonstrativa da perda e exclusão de direitos dos não-sujeitos. O sujeito possui um corpo atravessado, contestado pelas técnicas. A política penetra diretamente em sua vida.

Ancorado nas ideias de Carl Schmitt, Agamben (2004b) visualiza o estado de exceção como o estado de instaurar todos os tipos de violência a serviço do próprio Direito, do próprio Estado. Representa a suspensão da própria ordem jurídica nas políticas “da” e “sobre” a vida. Neste contexto, a exceção insere-se na norma, haja vista que o poder a institui e, por isso, torna a exclusão dos sujeitos constitutiva da norma.

O filósofo interpreta exemplos que a história oferece para entender a natureza do estado de exceção. O nazismo alemão é um ponto crucial para a compreensão deste paradigma como regra. Agamben identifica a formação de um cenário político com certo grau de indeterminação entre a democracia e o absolutismo, visto que inúmeras práticas políticas mantêm os mecanismos do poder encobertos. A vida da espécie humana tornou-se o princípio e a finalidade das estratégias de poder no ocidente (Agamben, 2004b).

Assim sendo, ambos os autores acentuam a centralidade das políticas enquanto controle dos corpos, da criação das vidas que merecem ser vividas e das que não merecem, evidenciando as formas e práticas governamentais que ferem e delimitam os modos de vida das sociedades ocidentais modernas, suas formas de pensar, sentir e agir. Cabem as políticas de Estado permitir uma *política da vida* que reconfigure as tecnologias e possibilite espaços outros de liberdade.

Como diz Machado (Foucault, 2014) o poder não pode ser explicado inteiramente por sua função repressiva, pois, uma vez que mais do que impedir que as pessoas exerçam suas atividades, pretende controlar e gerir a vida social, utilizando ao máximo, o potencial de cada um. Em decorrência, o poder busca ser eficaz e se expressa de um modo positivo tendo como foco o corpo humano, que ele busca aprimorar e adestrar.

Pode-se dizer, como os operários entrevistados por Odilon Castro na Fundação Tupy, que nessa rede de poder constituída no microcosmo da gestão de saúde em um

município de pequeno porte, a pesquisadora, tal como um centro de transmissão, poderia quebrar ou escapar. A escolha foi escapar (Castro e Pereira, 2014).

Machado afirma ainda que “qualquer luta é sempre resistência dentro da própria rede do poder [...] como onde há poder, há resistência, não existe propriamente o lugar da resistência, mas pontos móveis e transitórios que também se distribuem por toda estrutura social” (Foucault, 2014. p.18).

Finalmente, cabe trazer à discussão o que foi denominado, neste capítulo, forma distorcida de resistência. Na rede de poder local da APS deste município, os períodos prolongados em que os trabalhadores se reuniam nos espaços de convívio, entre os quais as copas das unidades, poderiam ser considerados como não-trabalho, como uma comprovação de que “servidor público é vagabundo”. A própria pesquisadora julgava as numerosas comemorações e as horas dedicadas à vida privada no interior do serviço público como falta de compromisso com o trabalho. No decorrer da pesquisa, o posicionamento da pesquisadora a respeito mudou substancialmente, passando a compreender como contestação o que era sentido pelos trabalhadores como dispositivos de controle exercido pela gestão. Em outras palavras, entendendo o motivo de uma predominância da esfera privada sobre a pública e da aparente desvalorização de diretrizes, princípios, manuais, projetos, textos, não como ociosidade ou descomprometimento, mas como forma de resistência desenvolvida, como única opção, de seguir a vida pessoal e profissional diante das atitudes recorrentes dos gestores, percebidas como erráticas pelos trabalhadores.

Nas reuniões do Nasf com a gestão central, era habitual a atitude de não se contrapor, mas também não executar em seguida as ordens para cumprir tarefas. Como disse um dos interlocutores, Esmeralda: “abstrai e finge demência”.

#### **4. NO LABIRINTO DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA: O FIO DE ARIADNE**

Terceiro andar. Junho de 2016. A porta do elevador se abriu e aquele cheiro agradável de aroma de ambiente se entrelaçou aos meus receios. Uma secretária fez os cumprimentos do dia. A sala de espera estava vazia, algumas poltronas confortáveis, mesinha com café expresso e um som ambiente bem sutil. Os móveis tinham cor pastel, que combinava com o nome da psiquiatra na porta. Na primeira vez que agendei consulta não tive coragem de ir. Como explicar a mim mesma a escolha pela medicalização da vida? Como explicar meu sofrimento baseado nas vivências laborais? Seria justa essa afirmação?

Dra. Higea (nome fictício) abriu a porta de seu consultório e me recebeu gentilmente. Sua sala tinha dois ambientes, lustres de cristais, divã e cadeiras aconchegantes. Expliquei que sou psicóloga e fiz uma breve explanação dos meus sintomas em conjunto com o contexto: taquicardia, pensamento acelerado, um medo terrível do doutorado, irritabilidade, problemas de sono, preocupação excessiva. Insiro dados do meu trabalho, o sentimento de impotência, de fracasso, de ser perseguida, da sobrecarga e o acúmulo de funções.

-Estou muito louca, Dra.!

-Não, minha querida. Os profissionais da área da saúde também adoecem.

##### **Tarsila**

Abro parênteses para relatar a experiência de uma usuária que acompanhei por seis meses, como psicóloga de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Nasf de um município de pequeno porte do interior paulista, o suficiente para emprestar meu corpo e minha escuta na tradução da busca por ajuda em um sistema de saúde municipal que vivenciava transição no modelo de atenção em Saúde Mental. Seu nome: Tarsila.



08/11/2016. [...] No final de agosto deste ano, quando o Nasf comemorava um ano de projeto, em razão da campanha eleitoral, uma pessoa a mim foi encaminhada, a pedido da secretária de saúde, que por sua vez, cumpria uma solicitação do prefeito para arrumar tratamento psicológico a uma moradora, quando o mesmo foi pedir voto em sua casa. Nesta ocasião, um familiar solicitou atendimento para um de seus membros, que já aguardava na lista de espera por quase um ano [Trecho do diário de campo].

Tarsila chegou acompanhada de seu marido, que a aguardava do lado de fora. Discorreu sobre os sintomas sentidos, uma profunda melancolia pelas perdas vividas. Seu corpo se comunicava através dos tremores, da face ruborizada, das automutilações e das expressões não verbais. A fala sinalizava um grave sofrimento psíquico, envolto em ideação e planejamento suicida. Ao final do atendimento, Tarsila me questionou se ela seria encaminhada novamente a outro setor, já que aguardava o retorno do atendimento que foi rompido na transição do ambulatório de saúde mental do município para o Centro de Atenção Psicossocial- Caps há quase um ano. E acrescentou: “Se o prefeito não tivesse passado em minha casa, estaria esperando até agora”.

Diante do quadro presenciado, discuti, de imediato, o caso com a médica da unidade, que a encaminhou com urgência para avaliação psiquiátrica. Chamo atenção para a cena adiante: o município contava com atendimento de psiquiatria apenas uma vez por semana, no período da tarde. Aos usuários era determinado que chegassem às 13 horas, independente da vaga que ocupava na lista do dia.

Tarsila foi uma das últimas pacientes a ser atendida, sentiu-se muito mal com a intensa movimentação na unidade de atendimento (com o fechamento do ambulatório, o médico atendia no Centro de Saúde) e fez um breve relato para o médico, que não alcançou a gravidade presente. Sem tempo para levantar questionamentos sobre o que ocorreu nesse (des)encontro, decidi pedir nova consulta e acompanhá-la no atendimento. Frise-se a energia utilizada para conseguir novo horário na agenda da semana seguinte diante o tempo de espera que ultrapassava a margem de três meses para ter acesso à assistência psiquiátrica no município.

Encontramo-nos na entrada do centro de saúde. A sala do médico beirava o portão principal. Um pequeno corredor dava acesso aos demais serviços ali prestados – há ali uma unidade básica de saúde que atende a população do centro da cidade,

assistência ambulatorial de ginecologia, cardiologia e vascular, a central de agendamentos de consultas e transportes, além do escritório da secretária de saúde e de sua equipe técnica. Sentadas no corredor a espera do médico, avistei um homem alto, de meia idade, quase calvo, roupa branca, adentrando a sala da secretária de saúde. Dentro de alguns minutos Tarsila foi chamada.

Apreensiva pelo fato de nunca ter feito nenhum atendimento compartilhado com este médico, apresentei-me como psicóloga do Nasf e passei a relatar, com muita cautela, em um jogo de palavras leves e assertivas, o contexto e sintomas de Tarsila, o suficiente para ser interrompida bruscamente.

- Resuma o que você quer falar. Tenho muitos pacientes lá fora me esperando. Por isso que não gosto de atender no SUS, se fosse ao consultório particular seria diferente.

Desconcertada e constrangida com tamanha indelicadeza, disse que Tarsila apresentava alucinações auditivas e planejamento suicida, pensamento não mencionado na primeira consulta. Sem sequer olhar para ela, o médico buscou em sua mesa uma guia de internação psiquiátrica e começou a preenchê-la, dizendo:

- Há duas razões para pedirmos internação psiquiátrica: quando a paciente coloca em risco sua vida ou quando coloca em risco a vida dos outros.

Tarsila começou a chorar e disse que não aceitaria a internação. Pedi ao médico que conversasse com o acompanhante dela para explicar o processo, mas tive como resposta que como psicóloga cabia a mim o papel de explicar. Tentei dar continuidade ao atendimento questionando a conduta terapêutica caso não se concretizasse essa intervenção. O médico, porém, recusou-se a medicá-la e a orientou a procurar a médica da USF.

Dentre várias negociações, das quais destaco: orientações à família quanto ao cuidado pela segurança de Tarsila, consultas compartilhadas com a médica da USF, o contrato pela vida e terapêuticas associadas, não percebíamos melhora.

No acompanhamento da situação de Tarsila, houve outras intervenções que só foram viabilizadas “por fora” da Secretaria de Saúde do município- SMS.

Uma dessas intervenções foi uma ligação que recebi de uma amiga psicóloga, que por conhecer a família, soube do encaminhamento à internação. Cidade do interior tem essa (des)vantagem, as notícias se espalham. Discutimos o caso e, ante ao quadro apresentado, pedi que orientasse a família a buscar outra opinião médica, já que no SUS não tínhamos esse recurso. Estava ciente de que encaminhamentos para o setor privado contrariavam os princípios do SUS. Não obstante, diante do risco que Tarsila corria, não me restavam alternativas. Não se trata aqui de supervalorizar o modelo biomédico, mas de compreender o limite que a vida psíquica alcança em uma assistência à saúde mental fragilizada.

Soma-se à história de Tarsila a marca de uma internação psiquiátrica na fase da adolescência em razão de uma convulsão que sofrera em um momento de muita angústia. Sua vida foi então imersa nos horrores que aconteciam nos manicômios, em que as práticas da violência eram autorizadas como medida de segurança frente à periculosidade do louco.

De retorno a meu relato pessoal, eu nunca havia recorrido aos cuidados da psiquiatria, mas a psicoterapia e atividade física permaneciam paliativas. Fui abraçada ao final da consulta, com retorno agendado para quinze dias.

O campo e o cotidiano do trabalho me interpelavam através da falta de compreensão que as equipes de saúde da família e da gestão central tinham sobre o papel do Nasf; os corredores das unidades denunciavam os sofrimentos psíquicos dos usuários e das agentes comunitárias de saúde; as intrigas intraequipe; a descontinuidade da assistência; a inexistência da ciência nas práticas em saúde; as fofocas; as ameaças; o manejo e remanejo do processo de trabalho do Nasf; o desafio em cobrir sete equipes de saúde da família com jornada de trabalho de 20 horas semanais; casos de saúde complexos sem recursos de rede; falta de conhecimento técnico e teórico dos profissionais do Nasf no trabalho interdisciplinar; falta de espaço físico para desenvolver os projetos, os atendimentos; salário que não atingia um salário mínimo e meio.

### **No labirinto do Minotauro**

A princípio deveria ter sido um dia tranquilo, com atendimento individual e grupo terapêutico em uma USF, mas ao final da tarde recebemos uma convocação, a qual solicitava presença em um salão comunitário às 20h, para todos os profissionais do Nasf. Este salão é de uso dos funcionários estatutários do município, tem uma grande área para realização de festas e sua localização fica afastada do centro da cidade.

Ao chegar, notei figuras conhecidas da política partidária, como vereadores, ex-prefeito, secretária da saúde, ex-secretário da saúde. A reunião começou. Era o advogado do jurídico [filho do ex-secretário da saúde] quem falava, para comunicar a 30 trabalhadores da saúde que fomos incluídos em um inquérito civil público, no qual a Promotoria de Justiça recebeu uma denúncia anônima dando conta de que o prefeito fez uso da contratação de servidores públicos por tempo determinado inapropriadamente, em violação à norma constitucional vigente. Fomos acusados de apadrinhamento político, já que havia pessoas esperando para assumirem os mesmos cargos do concurso público anterior.

Voltando à fala do advogado, que discorria sobre a argumentação da defesa, um mal-estar tomou conta do coletivo quando nos orientou a procurar um escritório jurídico, pois receberíamos em breve uma intimação, e assim, teríamos de nos defender dessa acusação. Algumas pessoas começaram a se expressar, incomodadas com a situação, mas apenas eu e duas outras profissionais do Nasf demonstramos indignação naquela situação. O prefeito, diante do mal-estar, prontificou-se a pagar um advogado para nós. Questionei sobre o que aconteceria caso perdêssemos a defesa, e o advogado não me pareceu contente, pois ironicamente respondeu: “não vamos perder o processo”. Insisti, dizendo que havia dois caminhos; com grosseria ele respondeu que, no limite, perderíamos o contrato de trabalho.

Mas esta peça trágica estava apenas começando... quando o advogado encerrou seus esclarecimentos, o ex-prefeito da cidade (processado e obrigado a deixar o cargo no começo de seu terceiro mandato por improbidade administrativa, período no qual o atual prefeito, até então presidente da câmara municipal, assumiu como prefeito interino) pediu a palavra. Sua primeira frase foi: “É um prazer estar aqui com vocês, e agora que o advogado já deu as instruções sobre a parte jurídica, gostaria de falar

sobre a parte política. Vocês sabem que para a oposição qualquer riozinho se torna um grande mar...”, e por aí continuou seu discurso, pedindo-nos que não difamásemos o prefeito, “pois estamos em período de campanha eleitoral, até porque não há fundamentos neste inquérito”. Acrescentou que, assim como ele, o prefeito sofria muitas acusações injustas. Fez uso dos títulos que a gestão atual ganhou etc. Ao final de sua fala, os ouvintes, processados como eu, aplaudiram fervorosamente. Para encerrar a peça, naquele momento em que parecia que o Minotauro já nos devorava, o prefeito pegou o microfone e começou a apresentar sua plataforma de governo como candidato à reeleição, convidando-nos a participar das reuniões na sede do partido e encerrando com um grito de guerra, que fora repetido por três vezes: “tamo junto? Tamo junto? Tamo junto?” E só se ouviam aplausos calorosos e gritos de “tamo junto”.

Uma colega do Nasf, ao perceber minha revolta, aconselhou-me a não me posicionar, pois segundo ela, estaria me “queimando” politicamente. Isso porque, na reunião acima mencionada, eu havia questionado em público o processo que sofríamos. A colega disse que faria o que fosse preciso para manter seu emprego, já que não conseguiria um melhor, que pagasse o que recebia por 20 horas/semanais. E acrescentou que eu deveria saber que, quando se é trabalhadora da prefeitura, é preciso assumir a política também. [...] escutei a mesma coisa da enfermeira de uma USF, que repetiu: “nem ‘esquento’ com isso”.

Em seguida a esse episódio, senti-me muito desanimada. Recebemos a intimação do Ministério Público sobre a ação civil contra a prefeitura, o prefeito e servidores. Havia uma indignação coletiva – a angústia em não ter ou não querer pagar um advogado nos levou a procurar a defensoria pública. No entanto, com a nomeação de um advogado desconhecido e pouco atuante, resolvemos aceitar o advogado que o prefeito nos disponibilizou. Ser processada provocava um sentimento de desvalorização enorme. Eu e uma das colegas do Nasf procuramos o prefeito para saber se ele pagaria ou não um advogado. Nessa ocasião encontramos na antessala do gabinete o coordenador de Recursos Humanos, a secretária do gabinete e a ex-primeira-dama. O coordenador, em voz alta e tom irônico, perguntou àquelas mulheres se conheciam o “famoso” Nasf. Todos riram, pois tínhamos fama de ser uma equipe péssima, que não trabalhava. Meu mal-estar só piorou.

Outros excertos do meu diário de campo registram a situação em que me encontrava:

25 de agosto de 2016 - Preciso escrever sobre o sonho que tive na noite que sucedeu à reunião com uma das equipes da APS. Sonhei que havia deixado meu filho sozinho em casa (dormindo) e quando me dei conta, estava do outro lado da cidade e, desesperada, tentava correr, mas não tinha forças, o vento me segurava, fazia muito força para chegar em casa, mas não conseguia me locomover. Peguei carona com algumas acs, mas mesmo assim, não conseguia chegar. Possível tradução: há um ano tento fazer o Nasf dar certo, mas não saio do lugar; por vezes me sinto decadente [Trecho do diário de campo].

05 de março de 2017 - [...] Como é difícil fazer o campo no seu próprio ambiente de trabalho, porque eu posso observar e descrever os eventos, mas vivenciá-los como sendo de minha responsabilidade é outra coisa. Tomo como exemplo o problema do suicídio no município – como analisar este fenômeno quando você recebe muitos encaminhamentos na mão e não tem como ajudá-los, pois não há serviços e profissionais disponíveis? [Trecho do diário de campo].

## **Discussão**

Na sequência, procuro entrelaçar os relatos da minha busca pessoal pelo cuidado em Saúde Mental aos caminhos compartilhados com Tarsila, durante o período em que percorri um labirinto, onde vários desafios tiveram que ser enfrentados. Tais desafios assumiram várias faces: ora a instituição prefeitura, ora a instituição SMS, ora a figura da secretária, ora os conflitos intra Nasf, ora os conflitos com as equipes de APS. O fio que me conduziria para fora do labirinto seria o esforço pessoal e profissional para que o Nasf cumprisse suas funções? Orientar-me pelas diretrizes do SUS, da Política Nacional de Atenção Básica, pela Política Nacional de Saúde Mental me salvaria do labirinto? Busquei fundamentação teórica para decifrar essa realidade angustiante.

Em 1973 o antropólogo Roberto da Matta ousou em sua apresentação sobre o trabalho de campo em Etnologia, e trouxe à luz da ciência o outro lado das rotinas de pesquisa – “os aspectos que aparecem nas anedotas e nas reuniões de Antropologia, nos coquetéis e nos momentos menos formais” (p.03). Considerou que as dificuldades vivenciadas pelo pesquisador revelam a subjetividade presente nos estudos, ou seja, sublinhou o exercício em transformar o familiar em exótico, a capacidade de

“tirar a capa de membro de uma classe e de um grupo social específico para poder – como etnólogo – estranhar alguma regra social familiar e assim descobrir (ou recolocar, como fazem as crianças quando perguntam os porquês) o exótico no que está petrificado dentro de nós pela reificação e pelos mecanismos de legitimação (p. 05).

Jeanne Favret-Saada (2005) em seu trabalho sobre a feitiçaria no Bocage francês concebe a expressão “ser afetado” pela experiência de habitar outro lugar que, pelo fato de aceitar, possibilita um canal de comunicação com os nativos, de forma involuntária e desprovida de intencionalidade. Propõe que os afetos desprovidos de representações produzidos nessa comunicação não intencional sejam postulados e colocados no centro das análises.

Na interpretação de Carvalho (2018, p.16)

Veena Das afirma que, mesmo que não se possa apropriar da dor do outro - ou do que acontece com o outro - eu posso *emprestar meu corpo* - ou minha escrita - para que essa dor possa acontecer comigo, o que está, no âmbito da dor, dentro de sua gramática. Essa ação irá permitir, assim, que aquela existência possa se dar também através do cientista social, de seu texto, e de sua ação, materializando um ato que se dá, como entendo, ainda que politicamente comprometido e metodologicamente suportado, sob o domínio do imaginário: isto é, incerto e incalculável, mas mesmo assim podendo ser efetivo, reconstruindo relações, desafiando as fraturas do social.

Como observa Figueiredo (2007), “as atividades de cuidar fazem parte das obrigações e tarefas específicas de todos os profissionais das áreas da saúde e da educação, bem como, em geral, do que nos cabe a todos na condição de seres humanos vivendo em sociedade” (p. 13). O autor discorre sobre o “fazer sentido” que “equivale a constituir para o sujeito uma experiência integrada, uma experiência de integração [...] o ‘fazer sentido’ em oposição às falhas, excessos e faltas traumáticas com que a vida nos desafia” (p.15). Aponta ainda que há uma historicidade dos agentes cuidadores e dos objetos de seus cuidados, os quais “não são dispensados no vácuo”. Assinala que a atual sociedade é competitiva e de imagem e que haveria uma crise dos cuidadores que crescentemente não se sentem aptos e dispostos a cuidar; o cuidado se tornaria mecânico e estereotipado.

## **A Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde**

No ano de 2001, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) voltou suas discussões à temática da saúde mental. O Relatório Mundial da Saúde, com o subtítulo: “Saúde mental: nova concepção, pela nova esperança”, contribuiu para que inúmeros países avançassem na luta por uma nova compreensão da Saúde Mental. Nele, dez recomendações se seguem para que o indivíduo seja acompanhado adequadamente:

1. proporcionar atendimento em cuidados primários;
2. disponibilizar medicamentos psicotrópicos;
3. proporcionar cuidados na comunidade;
4. educar o público;
5. envolver as comunidades, as famílias e os gêneros;
6. estabelecer políticas, programas e legislação nacionais;
7. preparar a força de trabalho;
8. estabelecer vínculos com outros setores;
9. monitorar a saúde mental na comunidade;
10. apoiar mais a pesquisa.

É sabido que a saúde mental e física são dois elementos da vida que se entrelaçam e se influenciam reciprocamente, a primeira via demonstra como os sentimentos, os estados afetivos, podem desencadear uma série de doenças físicas; a segunda via corresponde aos comportamentos de cada indivíduo com a sua saúde, como regime alimentar, exercícios, práticas sexuais etc. (OMS, 2002).

A atual política para a atenção à saúde mental na APS tem se concentrado no Nasf, dispositivo estratégico proposto para apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência e escopo de suas ações, por meio do referencial teórico-metodológico do apoio matricial (Brasil, 2014).



Seu trabalho deve produzir ou apoiar as equipes de saúde na construção de um cuidado continuado e longitudinal, próximo da população e na perspectiva da integralidade. Tem a responsabilidade em tornar concretos e efetivos os conceitos que os norteiam, como o processo de territorialização e responsabilidade sanitária, o trabalho em equipe, integralidade das ações e autonomia dos indivíduos e coletivos (Brasil, 2014).

Segundo Dimenstein *et al.* (2005, p.03)

Diariamente, diversas demandas em saúde mental são identificadas por profissionais das equipes de PSF e agentes comunitários de saúde. São situações que requerem intervenções imediatas, na medida em que podem evitar a utilização de recursos assistenciais mais complexos desnecessariamente. Trata-se de problemas associados ao uso prejudicial de álcool e de outras drogas, aos egressos de hospitais psiquiátricos, ao uso inadequado de benzodiazepínicos, aos transtornos mentais graves e a situações decorrentes da violência e da exclusão social. A identificação e o acompanhamento dessas situações, incorporados às atividades que as equipes de atenção básica desenvolvem são passos fundamentais para a superação do modelo psiquiátrico medicalizante e hospitalar de cuidados em saúde mental.

Barros e Dimenstein (2010, p. 01) em relato de experiência, identificaram através do apoio institucional em unidades de saúde da família que, “a escuta, o vínculo e a gestão do cuidado ainda são secundarizados, dificultando o acolhimento das demandas de saúde mental”. Contudo, perceberam que este espaço proporcionou mudanças no processo de trabalho das equipes, que repensam as práticas do cuidado na perspectiva da atenção psicossocial.

Em busca da melhoria no acesso e na qualidade na atenção em saúde mental, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 3.088/11, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) como parte integrante da Rede de Atenção à Saúde do SUS, entendida como um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, desenvolvidos em uma região de saúde que apresenta densidade tecnológica de gestão e cuidado, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência em uma perspectiva comunitária, territorial e longitudinal (Brasil, 2011).

A Raps estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas. A Rede é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (Caps); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAs) e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos Caps III).

### **Os serviços de Saúde Mental no município**

No âmbito da APS, o município possuía apenas uma psicóloga para atender a demanda das unidades de saúde da família e os encaminhamentos judiciais (de diversas ordens). Ademais, contava com as duas psicólogas do Nasf.

Em dezembro de 2012 o município havia inaugurado o primeiro Caps paulista na zona rural, em um bairro situado a sete quilômetros do centro da cidade. Com um investimento em mais de 90 mil reais entre verbas federal, estadual e municipal, o serviço funcionou apenas uma semana, com a justificativa da dificuldade em viabilizar o transporte aos usuários até a zona rural. Os profissionais do centro usavam o mesmo transporte dos usuários, sentindo-se inseguros, com medo de serem atacados por eles. Após quatro anos, com a nova gestão do município (de mesmo partido político), um prédio municipal foi reformado e adequado para habilitar novamente o projeto desta vez na zona urbana. Esse Caps foi inaugurado no final de janeiro de 2017, substituindo o ambulatório de saúde mental em uma transição que se prolongou por um ano e meio.

O quadro de pessoal era composto por uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem recém-formada, uma assistente social no cargo de coordenadora, duas psicólogas e um médico psiquiatra que atendia duas vezes na semana. Por causa da lei municipal que instituiu a carga horária dos psicólogos em 20 horas semanais e com uma psicóloga em licença-prêmio e prestes a se aposentar, o serviço contava apenas com o trabalho de uma psicóloga no período da manhã.

Como ilustração da fragilidade da rede é possível relatar situações, dilemas e casos que vivenciei como pesquisadora e trabalhadora:

15 de março de 2016 - Em nossa última reunião, ficou acordado que eu entraria em contato com a coordenadora do eixo Saúde Mental- SM do Departamento Regional de Saúde, para convidá-la a desenhar um projeto que dê conta de capacitar os técnicos de nível superior da APS no campo da SM. Assim, participei da reunião regional da Raps, na qual ela supervisiona. Discutimos como o projeto poderia, de fato, impactar nas ações e qualidade da assistência em saúde. A interlocutora da SM do nosso município estava presente – e quando as necessidades da Raps do nosso município foram apresentadas, precisamente com a transição da mudança do serviço de ambulatório para Caps, todas as justificativas para compreender as fragilidades da rede recaiam sob a médica psiquiatra. A coordenadora nos mostrou o quanto o serviço e a rede necessitam da equipe. Curioso foram as expressões dela quando contávamos as situações – ela passava a mão em seu rosto e dizia: “Meu Deus! Acho que preciso me aposentar, estou velha demais para isso!”. Enquanto conversávamos sobre o movimento de desinstitucionalização, residências terapêuticas, Caps, uma pessoa tentava suicídio em uma ponte do município, marcada por inúmeras tentativas. Foi contida por um cidadão que por lá passava, e, encaminhada para a Santa Casa, foi avaliada e liberada. Horas depois, a pessoa concretizou o ato. [Trechos do diário de campo].

05 de julho de 2016 - Dia difícil, mais uma morte por suicídio – uma mulher na faixa etária dos 50 - 60 anos. No prontuário: triagem com a psicóloga da AB em maio, permanecendo na lista de espera. Tinha iniciado atendimento psicológico há quatro dias. A acs da microárea dessa usuária estava muito impactada, até porque disse ter conversado com ela dias antes e não percebeu que havia algo de errado em sua fala ou expressões, muito embora a vizinha e também amiga tivesse relatado que há dias ela vinha avisando que se mataria. [Trechos do diário de campo].

14 de julho de 2016 - Hoje, na USF fui conversar com o médico sobre uma usuária que tem histórico de suicídio e está ouvindo vozes novamente, vozes negativas. Pedi ao médico para reavaliar sua medicação, que respondeu: “vamos encaminhá-la para a psiquiatria, porque não quero ninguém investigando depois, caso ela concretize o ato”. [Trecho do diário de campo].

30 de agosto de 2016 – No final da tarde a enfermeira de uma das USF veio pedir sugestões para trabalhar com os usuários de saúde mental e relatou que na última sexta-feira tiveram reunião com a secretária, que informou que os casos de tentativa de suicídio não deverão ser atendidos no Caps, mas sim na APS. E acrescentou que as pessoas que querem se suicidar não avisam. [Trecho do diário de campo].

Em todos estes casos o desmantelamento do ambulatório de saúde mental pode ter desempenhado um papel muito importante, posto que anteriormente o município contava com uma equipe de cinco psicólogas que foi dispersada e reduzida, com o consequente encaminhamento dos atendidos para as unidades de saúde da família, as quais não estavam preparadas para dar continuidade e assistência.

Os prontuários foram distribuídos às unidades sem discussão previa dos casos. Como as equipes mostraram grande resistência no acolhimento desses usuários, os

profissionais do Nasf tiveram que substituir o papel da APS fazendo a triagem e dando aos ex-usuários de saúde mental as explicações a respeito de quem iria atendê-los daí por diante. Este atendimento passou a ser responsabilidade dos médicos das equipes de SF e foram se tornando evidentes as dificuldades encontradas, inclusive do ponto de vista técnico, por este profissional da ESF.

Fica exposto no SUS deste município o dilema que o campo da Saúde Coletiva tem enfrentado face a este fenômeno de enorme significância social, no que tange à reforma psiquiátrica brasileira e às fragilidades das políticas públicas em saúde mental.

No ano de 2001, após doze anos de tramitação e debates no Congresso Nacional, a Lei nº10. 216, também conhecida como Lei Paulo Delgado foi sancionada e instituiu a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, bem como o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental.

Dispositivo importante para mudanças do modelo assistencial na Saúde Mental, seu avanço está intimamente relacionado com as ações no interior do SUS, e em específico, aos gestores de saúde e seus projetos de governo. Há uma tensão entre a criação de políticas federais em saúde mental e sua implantação nos municípios, já que o efetivo funcionamento desses serviços é relativo à realidade administrativa municipal.

Dentre os temas de saúde-adoecimento encarados como “problemas de saúde pública”, em 2006 o Ministério da Saúde propôs a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio, para colocar as questões em pauta através de grupos de trabalho, seminários, diretrizes nacionais, entre outros (Brasil, 2006).

Todavia, a descentralização da gestão do SUS merece destaque na perspectiva do que ocorre em âmbito local para sua efetivação, dada a realidade enfrentada pelos municípios brasileiros. As condições para que esse princípio atenda a garantia do acesso universal às ações e serviços de saúde e da atenção integral de acordo com as necessidades e demandas da população não estão asseguradas, apresentando resultados contraditórios no território nacional.

Com as transformações, desafios e autonomia política demandadas para os municípios brasileiros, o que se questiona hoje é a capacidade da esfera municipal em

gerir as políticas públicas locais de forma eficiente, diante de um contexto de subfinanciamento do SUS. Os recursos para sua implantação não tem sido suficientes para alterar o padrão de desigualdade no acesso aos bens e serviços de saúde, com igual importância a oferta insuficiente de serviços na atenção especializada.

Como pesquisadora, acompanhei e vivenciei situações nas quais o suicídio foi o desfecho e que poderiam ter se encaminhado de outra forma caso houvesse a intervenção de profissionais e serviços competentes e acessíveis às necessidades dos usuários em crise. Há inúmeros estudos na área da psicologia que apontam o êxito de intervenções por profissionais e serviços de saúde mental na situação de crise que pode ter como desfecho o suicídio (Botega, 2009; Prieto, Tavares, 2005; Bertolote, Mello-Santos, Botega, 2010).

Desta maneira, acentua-se a importância da prevenção ao suicídio e da promoção à vida mediante políticas públicas de saúde, as quais devem proporcionar ao indivíduo acesso à assistência em saúde com qualidade, uma vez que a Raps tem se mostrado ineficiente para atender a demanda da população nesse município paulista de pequeno porte.

A ausência deste apoio para as pessoas em crise, bem como o despreparo dos profissionais que executam o atendimento, podem ser decisivos. Em nosso meio, a prevalência de transtornos mentais, notadamente a depressão grave, é preocupante quando ocorrem em indivíduos cujos grupos sociais não têm acesso à assistência adequada. Acresce para agravar este quadro que, profissionais de saúde e ocupantes de cargo de responsabilidade no setor saúde frequentemente não consideram o suicídio, decorrente ou não de um quadro de transtorno mental, se configure como um problema de saúde pública.

O tema do suicídio em si traz a possibilidade de uma reflexão, não só do indivíduo, mas sobre a sociedade em que ele vive. O suicídio foi um dos objetos de estudo do sociólogo Émile Durkheim (2000), que sublinha as relações entre suicídio e sociedade, considerando-o um fato social.

O fato social deve ser exterior ao indivíduo, antecede ao nascimento e influencia suas vidas. Sistemas financeiros, costumes, crenças religiosas, são alguns elementos

externos que estão cristalizados na realidade, tal qual como se apresentam; carrega como sinal distintivo o poder coercitivo - as maneiras de pensar, sentir e agir criadas através da educação; está nas partes por estar no todo, pois compreende a sociedade como uma associação de grupos individuais, tendo como substrato uma consciência coletiva (Durkheim, 2000).

Para o autor o suicídio representa toda morte que resulta mediata ou imediatamente de um ato positivo ou negativo, realizado pela própria vítima – a qual tem consciência de que produzirá esse resultado. O suicídio varia na razão inversa do grau de integração do grupo social a que pertence, de tal modo que propõe quatro tipos de suicídio: egoísta, altruísta, anômico e fatalista. Os dois primeiros se relacionam com as forças de integração social, enquanto os dois últimos se relacionam com a regulação social.

No contexto da Revolução Industrial, interpreta que as regras e as morais estão se dissolvendo pelo crescimento econômico, o que ameaça a coletividade. Como na França o Estado se torna laico, o trabalho representa o novo compositor da moralidade. Os vínculos sociais irão se constituir nos ambientes de trabalho e a regulamentação se faz necessária, caso contrário, a falta de integração pode levar ao suicídio (Durkheim, 2000).

Nas grandes cidades o suicídio está ligado em como a sociedade regula a vida das pessoas, nomeado pelo autor de suicídio anômico. Neste tipo de suicídio, há uma relação causal entre crises econômicas, uma relação entre necessidades e meio. Justamente porque os menos afortunados estão subordinados, eles conhecem os limites; já os ambiciosos por não o conhecerem, ficam suscetíveis a um estado de anomia.

O mundo industrial é o mais tocado pelo progresso – o indivíduo tem de ser flexível e as mudanças são muito velozes, o que destrói as normas sem repô-las. Cada sociedade define quais são as aspirações aceitas. A insatisfação crônica leva ao suicídio, pois a sociedade quem regula, e as necessidades precisam estar de acordo com os meios.

A moral do progresso traz a anomia. O Estado que deveria regular, dá asas a economia, mostra-se negligente, exige objetivos inatingíveis e produz uma ideia falsa

do indivíduo capaz. Há um desregramento, não existe a presença de moderação entre o que é legítimo e o que não é enquanto necessidades básicas (Durkheim, 2000).

Tendo em vista as lacunas vigentes no que concerne o atendimento em saúde mental, uma interrogação que se coloca é se poderia caracterizar como anomia a ausência de políticas públicas que deem resposta social ao fenômeno do suicídio. Para o autor o suicídio se constitui como um fato social, e em decorrência, não apenas a subjetividade estará em causa, mas o contexto no qual o indivíduo se suicida vive e se socializa.

Vale destacar o papel da mídia local que noticiava todas as tentativas e suicídios como destaque no portal da região. As reportagens expunham fotos da pessoa, endereço residencial, detalhes da vida pessoal, o método utilizado no ato (ingestão de produtos tóxicos, enforcamento, arma de fogo etc), o local da realização (pontes, viadutos, cômodos da residência) e as possíveis causas (depressão, divórcio etc).

O assunto é tão complexo que muitas instituições e veículos de comunicação não sabem agir de maneira adequada. Uma comunicação correta, responsável e ética é uma ferramenta importante para evitar o efeito contágio. É preciso sensibilizar a população, trabalhar o tabu desse tema, porém com discrição – inserir a notícia nas páginas internas e na parte inferior da página, informar telefones úteis e onde buscar ajuda (como o telefone do Centro de Valorização da Vida - CVV, Emergência, serviços de saúde), consultar especialistas no assunto, respeitar o luto e ficar atento a linguagem. A comunicação deve ajudar a salvar vidas e evitar o sofrimento das famílias (CVV, s/d).

### **O cuidado nos corredores**

Em repetidas ocasiões acolhi demandas dos ACS que queriam conversar sobre as situações em que se viam envolvidos, mesmo em suas vidas pessoais. A instituição não provia nenhum local ou profissionais que pudessem escutar tais solicitações. Como psicólogas do Nasf, ao circular pelas unidades, procurávamos amparar esses pedidos de apoio e escuta, ou seja, de um modo espontâneo e extra-institucional.

Testemunhávamos quase que diariamente o sofrimento dos trabalhadores da APS. A assistente social comentou o número expressivo de ACS que me procuravam para solicitar ajuda, sobretudo por problemas de ideação e tentativas de suicídio delas e/ou de seus familiares.

Dois trechos de meu diário expressam aspectos das situações vividas pelas equipes:

05 de julho de 2016 – Em razão de uma morte por suicídio, a ACS responsável pela microárea da usuária logo que me viu chegar na unidade, veio conversar e contar sobre o caso, dizer que terei que atender a vizinha, quem achou a pessoa morta. O interessante foi que este episódio disparou nela outra angústia, do âmbito privado. Há alguns anos sua filha se envolveu com um rapaz que a ameaçava e ameaçava de morte sua família quando terminaram o relacionamento. Detalhou as dificuldades que enfrentaram, desde a delegada da delegacia da mulher, que na época não registrou a queixa por dizer que não havia provas, problemas financeiros e a mudança da filha para outras cidades em busca de proteção. Para ajudar a filha a reconstruir a vida, endividou-se e recebe hoje apenas um terço de seu salário. [Trecho do diário de campo].

17 de agosto de 2016 - Quarta-feira. Dia de grupo sobre Qualidade de vida e saúde n(d)o trabalho com as ACS de uma das unidades. Já acordei angustiada, ontem à noite fiquei pensando o que deveria trabalhar, já que havíamos combinado de construir as regras de boa convivência. Elas pontuam muito os aspectos relacionais, como a falta de respeito entre a equipe, fofocas, intrigas, tratamento desigual, privilégios para algumas.

Essas histórias me fazem refletir sobre a repetição de problemas de saúde que estas profissionais vivem e com que suporte ou arcabouço elas lançam mão para escutar e acolher mais problemas de saúde. As vulnerabilidades presentes nas famílias destas trabalhadoras e o trabalho em saúde podem se apresentar como fatores de risco? A falta de reconhecimento profissional, a baixa remuneração, a baixa resolutividade da atenção primária e especializada, entre outros, impactam suas vidas. Destaco a imagem da camiseta que as ACS de uma das unidades fizeram: uma placa de Pare! com o desenho de uma mão e os dizeres: Respeite os ACS!

É importante considerar que a gestão de pessoal na área da saúde pública precisa dar continência, suporte, sustentação aos seus trabalhadores. Não há viabilidade de construção do cuidar se o olhar da gestão central nesse município se traduz em um olhar morto. Ocorre-me a analogia com o Complexo da Mãe Morta, ensaio do psicanalista André Green (1988).



A teoria de Green (1988) faz referência a uma brusca ruptura na relação da mãe com o bebê, que impacta em um desinvestimento libidinal e narcísico do mesmo - o suficiente para causar consequências no desenvolvimento do funcionamento psíquico do sujeito no futuro. Na perspectiva do autor, a mãe, apesar de estar viva, aos olhos da criança encontra-se psiquicamente morta.

Esse esfriamento materno é vivenciado pela criança como uma catástrofe, pois ainda não há recursos suficientes para compreender o que se sucedeu. O texto confirma a importância do impacto da relação de cuidado e as consequências subjetivas.

A procura do fio de Ariadne se traduz no esforço em não me afogar e não me perder no labirinto que este sistema municipal de saúde representa. Escapei porque precisei olhar e refletir para e sobre a realidade. Realidade esta que arrasta os trabalhadores para o labirinto: a falta de qualificação da gestão central, a falta do tão famoso “respaldo”, a falta de retaguarda, as mesquinharias, as intrigas, a desvalorização profissional, o não-cuidado. Nessa situação intrincadíssima, ora sim, ora não, eu me sentia tragada, mas estar como pesquisadora me permitiu recuar, sem me deixar enredar ou me perder nessa arquitetura difusa.

## 5. OS CONTORNOS N(D)O NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA NO MUNDO DO TRABALHO

Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) são constituídos por equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de atenção básica, as equipes de Consultório na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais, além do Programa Academia da Saúde (Brasil, 2017). Tendo sido criados em 2008 com várias condicionalidades, via indução de financiamento aos municípios pelo Ministério da Saúde- MS, em 2012 os princípios do Nasf foram revistos por portaria do MS, permitindo novas modalidades de equipe que contemplaram os municípios com apenas uma unidade de saúde da família, além de novos profissionais e ocupações (Brasil, 2012). Nos anos seguintes, o Nasf foi incluso no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq-AB) e suas responsabilidades passaram a abranger as equipes de Atenção Básica tradicionais (Brasil, 2017).

Aos profissionais do Nasf cabe a tarefa de integrar as ações de caráter pedagógico com a assistência aos usuários, com grau de participação da equipe da ESF (Melo *et al*, 2018). Norteados pela interdisciplinaridade, a organização do cuidado lança mão da clínica ampliada, isto é, da compreensão ampla do processo de saúde-doecimento da população, no âmbito individual e coletivo. Contudo, as experiências dos Nasf têm revelado problemas na implantação do matriciamento.

Tesser (2017) discute a dicotomia entre os dois elementos constituintes do apoio matricial, os suportes assistencial e técnico-pedagógico. Aponta a subvalorização do suporte técnico-pedagógico entre as normativas oficiais, a literatura da Saúde Coletiva e os profissionais da APS. Tece críticas ao papel de generalista que os profissionais especialistas nasfianos devem assumir, haja vista os documentos que estabeleceram os Nasf como parte da APS, com a função de:

apoiarem/realizarem atividades generalistas de: planejamento, acolhimento, atuação territorial, prevenção e promoção, ligadas ou não ao seu núcleo de atuação. Isso gera ambiguidades e superposições entre funções das equipes de SF e dos NASFs, potencialmente

‘desnorteando’ os profissionais dos NASFs, que passam a se ver, em alguns locais, como apoiadores ou, mesmo, realizadores de ações generalistas. Ao não respeitarem minimamente o núcleo de atuação e competência dos generalistas da SF, a concepção e as diretrizes oficiais dos NASFs podem induzir um efeito adverso paradoxal de enfraquecer a APS brasileira no seu generalismo (já fraco). Ao pulverizá-lo pelos campos de atuação dos especialistas do NASF, podem facilitar que ele não seja assumido efetivamente e competentemente por ninguém (p. 569).

Klein e d'Oliveira (2017) analisaram a concepção e a prática do matriciamento realizadas por psicólogos nasfianos da capital paulista. A prática apontou desarmonia entre a prescrição do trabalho do Nasf e o que é possível ser executado, bem como impasse entre a idealização da proposta colaborativa e sua implantação; organização de trabalho heterogênea, falta de articulação entre as gerências, tensões na própria execução do trabalho compartilhado, divisão desigual de tarefas entre as equipes Nasf e SF foram resultados desse estudo.

Melo *et al* (2018) discorrem sobre as polêmicas e dicotomias relacionadas ao modo de implantação e operação do Nasf pelo país em seus dez anos de existência.

Trata-se de questões que possivelmente decorrem da dificuldade de tradução da noção de AM (apoio matricial) no contexto da ESF, do receio de que profissionais do Nasf operem como um ambulatório de especialidades tradicional, bem como da suposição, a nosso ver equivocada, de certa homogeneidade entre as ações das diferentes categorias (como se o tipo e o tempo das atividades do psicólogo precisassem coincidir com aquelas próprias aos fisioterapeutas e nutricionistas, por exemplo). Acresce-se a isso o entendimento, até pouco tempo muito forte, de que na ESF se faz prioritariamente (ou quase que exclusivamente) promoção e prevenção ainda que as normativas oficiais suponham, desde 2006, maior abrangência de ações assistenciais (p. 330).

Como os integrantes do Nasf-AB têm vivenciado tais controvérsias acerca de seu processo de trabalho, particularmente em municípios brasileiros de pequeno porte, nos quais as possibilidades de formação das equipes multiprofissionais se chocam com maiores obstáculos? Quais são alguns dos elementos principais regendo as condições e organização do trabalho nos sistemas de saúde desses pequenos municípios?

Tais questões são tema da abordagem desse capítulo, que se serve de uma pesquisa de cunho qualitativo levada a cabo pela autora enquanto trabalhadora de um Nasf de um município paulista de pequeno porte, durante dois anos.

### **O trabalho na contemporaneidade: breves apontamentos**

Trabalho é o resultado de um processo complexo, no qual interagem os modos de produção da vida material e as formas de viver, construir e gerir a existência social e cultural. A investigação e intervenção sobre o campo dos fenômenos e processos de trabalho se debruçam sob duas dimensões: perspectiva disciplinar e nível de análise, ou seja, cada apreciação varia de acordo com determinados paradigmas, modelos teórico-metodológicos e técnicos, no âmbito individual ou macro (passando por grupos e organizações) (Blanch, 2012). O trabalho é um fenômeno multifacetado:

Nos referimos al **trabajo** como una actividad o una tarea (*estoy trabajando duro*), como una situación ocupacional (*He encontrado un trabajo*), como un ambiente o contexto físico (*trabajo al aire libre, puesto de trabajo*), como una técnica o método de producción (*trabajo artesanal, trabajo a destajo*), como un significado subjetivo (*tengo derecho a trabajar*), como una actitud o creencia (*es bueno trabajar*), como un resultado (*he hecho un buen trabajo*), como un valor (*el trabajo es lo más importante en mi vida*), como estructuración temporal (*es hora de trabajar*), como símbolo social y cultural (*posee un buen trabajo, los japoneses son trabajadores*), como coste o esfuerzo (*ha supuesto mucho trabajo*), como intercambio social y económico (*lo ha recibido a cambio de su trabajo, vive de su trabajo*), como ética (*el trabajo redime*). (Peiró y Prieto, 1996. Vol.1, p. 16).

Estudado pelo viés do indivíduo, o comportamento humano no entorno do trabalho torna-se o alvo, bem como os mecanismos e processos jurídicos, pedagógicos, psicológicos e biológicos que facilitam, possibilitam, limitam ou o condicionam. Portanto, buscam-se entender as necessidades e recursos do indivíduo ao interagir com seu ambiente de trabalho, seus direitos e deveres, valores, atitudes, crenças, leis, motivos, expectativas, anseios, cognições e emoções provenientes do trabalho, bem como as implicações saudáveis ou patológicas do mesmo. No pólo societal, a análise volta-se para a gênese e o desenvolvimento histórico das estruturas e processos sociais do

trabalho, as tensões, crises e conflitos que emergem neste âmbito, assim como as estratégias empregadas para a resolução dos mesmos (Blanch, 2012).

Estudiosos consideram como “condições de trabalho” todas as circunstâncias e características ecológicas, materiais, técnicas, políticas, econômicas, sociais, jurídicas e organizacionais que estão presentes nos ambientes e nas relações de trabalho. As pesquisas evidenciam que este cenário é responsável não só pela qualidade do trabalho realizado,

sino también sobre el bienestar, la salud y la seguridad, la motivación, el compromiso, la satisfacción y el rendimiento laborales, las patologías profesionales, la eficacia y la eficiencia de las organizaciones y también sobre muchas de las disfunciones en las mismas, como conflictividad, absentismo y presentismo, rotación, abandono, accidentalidad o enfermedades laborales (Blanch, Sahagún e Cervantes, 2010, p.175).

Na sociedade contemporânea, o trabalho é a principal fonte para se alcançar os recursos materiais e subjetivos, responsáveis pelo desenvolvimento moral, político, cultural e psicológico. Responsável pela dedicação cotidiana das pessoas e famílias, sociedades e nações, o trabalho funciona como a *“piedra angular del orden y la integración sociales y también como factor determinante de la salud, la calidad de vida y el bienestar subjetivo”* (Blanch, 2011, p.3).

O trabalho em sua forma mais genérica, a partir da revolução industrial, tem sido reduzido à concepção específica de emprego, quando não confundido. O trabalho assalariado apresenta diferentes versões de acordo com a história – a fase taylorista, por exemplo, permite desde um emprego permanente até qualquer modalidade de contrato mais descartável. Contudo, os atuais estudos do mundo do trabalho têm mostrado como elemento central e consensual da modernidade laboral, o emprego como remédio social e o desemprego como matriz dos mais diferentes mal-estares individuais e coletivos (Blanch, 2012).

O autor nomeia os fenômenos, processos e representações que constituem o núcleo central das experiências psicossociais do trabalho e as relações laborais como “civilización del trabajo:

Es aquella que vertebra su orden social y cultural en torno al trabajo y a las relaciones laborales. Aquí hablamos en términos de *civilización* para referirnos a una especie de macrocultura que abarca una serie de *culturas* específicas más o menos homogéneas en cuanto a sus principios estructurales básicos. Por ejemplo, podemos hablar de civilización industrial para referirnos a lo que constituye el denominador común de las culturas japonesa, europea y norteamericana del siglo XX (Blanch, 2012, p. 10).

Para Nogueira (1991) o processo de trabalho em saúde envolve três aspectos de fundamental importância na busca de um trabalho eficaz - o processo de trabalho em geral, a assistência a saúde e as relações interpessoais. Este serviço diferencia-se dos demais por se realizar sobre pessoas, em que o usuário é parte deste processo. “Há outra particularidade do trabalho em saúde que deve ser sublinhada: a integração entre seus aspectos intelectual e manual” (p. 183).

Diante de um quadro de saúde da população bastante complexo e que exige respostas efetivas do setor saúde, medidas como a precarização das relações de trabalho dos profissionais de saúde agravam e fragilizam a gestão do trabalho no setor. É relevante pensar nas condições concretas existentes no trabalho cotidiano dos profissionais de saúde enquanto possibilidade de produção de conceitos, criação de modelos de atenção à saúde que abranjam as diversidades e desigualdades existentes nas condições de vida e situação de vida da população (Merhy, 2006).

Nas interseções entre processo de trabalho e processo saúde-adoecimento, determinantes de ordem sociopolítica e econômica estão presentes. Nas situações em que o trabalho é sobrepulado, o desgaste configura-se pela desvantagem que o corpo e os potenciais psíquicos do trabalhador sofrem ao serem consumidos pelo processo de trabalho e por constrangimentos a ele vinculados. (Seligmann-Silva, 2011).

Fatores como o ritmo acelerado de vida das pessoas, as transformações do mercado e da economia na captura do trabalho imaterial e da exigência da qualidade no trabalho, desacompanhados de políticas voltadas à qualidade de vida no trabalho caracterizam os determinantes contextuais sócio-profissionais (Bresó et al., 2007; Salanova e Llorens, 2008).

Em decorrência da alta demanda dos serviços de saúde e das exigências e metas cada vez mais intensas e crescentes, os trabalhadores, muitas vezes,

ultrapassam seus próprios limites. A lógica neoliberal somada à falta de estabilidade no emprego e a precária infraestrutura dos serviços, *“pode afetar a saúde do trabalhador, dispondo-o ao adoecimento e, por consequência, ao absenteísmo”* (Martinato et al., 2010, p. 161).

Considerando que boa parte das relações sociais e culturais é construída no ambiente de trabalho, fica evidente o impacto direto que tem nas condições da vida humana.

O psiquiatra francês Louis Le Guillant colaborou para o movimento da Psiquiatria Social que emergiu na França a partir de 1945. Seus estudos e questionamentos contribuíram para a construção do campo Saúde Mental e Trabalho (SM&T). Preocupado em compreender os impactos cruéis dos processos de trabalho no pós-guerra na França, que impactaram na saúde mental dos trabalhadores, desenvolveu pesquisas em torno da fadiga nervosa, atualmente nomeada como as doenças da produtividade - resultados das formas de organização do trabalho do mundo capitalista (Lima, 2006).

Le Guillant após vários estudos aponta o método biográfico como o único recurso possível para se compreender como os trabalhadores adoecem, isto é, somente a biografia do sujeito traria dados consistentes, sendo apreendido o contexto psicológico em conjunto com as condições de vida, socioeconômicas e ideológicas (Lima, 2006).

Para alguns estudiosos do Campo Saúde do Trabalhador a qualidade de vida no trabalho envolve questões relacionadas “às novas tecnologias e seu impacto para saúde e o meio ambiente; aos salários, incentivos e participação nos lucros das empresas; à criatividade, autonomia, grau de controle e quantidade de poder dos trabalhadores sobre o processo de trabalho” (Lacaz, 2000, p.159).

### **Entrevistas semiestruturadas**

No âmbito do presente estudo, foram efetuadas entrevistas semiestruturadas com os trabalhadores do Nasf, cujo tempo na função coincidia com o da pesquisadora, posto que todos entraram no mesmo processo seletivo, exceto um interlocutor da gestão central da secretaria de saúde.

Na entrevista semiestruturada o diálogo com o entrevistado toma a forma de uma conversa livre, apenas com tópicos que orientam as intervenções do pesquisador. Já na entrevista semiestruturada parte de perguntas fundamentais, fruto das teorias e investigações já realizadas pelo pesquisador sobre o fenômeno social em questão. Ainda, valoriza a presença do investigador e favorece a espontaneidade das respostas pelo interlocutor (Trivínos, 1987).

Optou-se pelo tratamento do produto das entrevistas conforme Análise de Discurso, a qual *“cabe ao linguista, no entendimento da linguagem como forma de intervenção, a construção de saberes sobre o real, algo que exige o diálogo com outras perspectivas e configura uma iniciativa interdisciplinar”* (Rocha e Deusdará, 2005, p. 320).

### **Análise de discurso das entrevistas semiestruturadas**

O objeto da Análise de Discurso (AD) busca captar como a língua funciona para a produção de sentidos e como os textos significam. Rompendo com as tradições do século XIX, nos anos 60 do século XX, as análises passam a considerar três campos disciplinares: a Linguística, o Marxismo e a Psicanálise.

Assim, para a Análise de Discurso: (Orlandi, 2009, p. 19)

- a- a língua tem sua ordem própria mas só é relativamente autônoma (distinguindo-se da Linguística, ela reintroduz a noção de sujeito e de situação na análise da linguagem);
- b- a história tem seu real afetado pelo simbólico (os fatos reclamam sentidos);
- C- o sujeito de linguagem é descentrado pois é afetado pelo real da língua e também pelo real da história, não tendo controle sobre o modo como elas o afetam. Isso redundaria em dizer que o sujeito discursivo funciona pelo inconsciente e pela ideologia.

A AD proporciona uma relação menos ingênua com a linguagem através da reflexão, a qual possibilita a problematização do que é lido, percebido e produzido nas diferentes manifestações. A língua é entendida como produtora de símbolos – sistema de signos, os quais estão *“na base da produção da existência humana”* (Orlandi, 2009, p. 15).



Para a AD os processos e as condições em que a linguagem é produzida exigem que seja considerado o homem em sua história, compreendendo a relação entre os sujeitos que narram e o contexto em questão. O sentido das práticas do homem, como ser social, é estudado de acordo com seu tempo e espaço. Os sentidos não estão somente nos objetos, mas nas condições em que são produzidos e que não dependem apenas da vontade dos sujeitos. Por isso, “*o analista de discurso relaciona a linguagem à sua exterioridade*” (Orlandi, 2009, p. 16).

Nesse método de análise, o político e o simbólico disputam o mesmo lugar, em permanente confronto. A linguagem entrelaça os sujeitos à língua e à história, produzindo sentidos em um complexo processo de constituição dos mesmos. Materializando a ideologia, a linguagem encarrega de perpetuá-la através do discurso – “*lugar em que se pode observar essa relação entre língua e ideologia, compreendendo-se como a língua produz sentidos por/para os sujeitos*”. Ainda, “*o discurso é efeito de sentidos entre os locutores*” (Orlandi, 2009, p. 17 e 21).

Interessa à AD compreender “*como um objeto simbólico produz sentidos, como ele está investido de significância para e por sujeitos*” (Orlandi, 2009, p. 26). Em outras palavras, é o desafio de entender como um texto produz sentidos. Na AD existem dois dispositivos, o teórico e o analítico. O teórico refere-se ao tema proposto, está contido no analítico e media a relação entre a descrição e a interpretação; já o analítico possui inúmeras variações, as quais dependem da natureza do material analisado e da finalidade proposta pelo analista – da formulação da questão, inclusive da corrente filosófica por ele adotada.

Ao analista cabe compreender as condições de produção, que envolvem o momento atual da enunciação, o contexto sócio-histórico e ideológico. Já a memória representa todos os sentidos já ditos por alguém em outros momentos e sustenta todas as palavras do discurso como “*aquele que torna possível todo dizer*” (Orlandi, 2009, p. 31), denominado como interdiscurso. O fato de existir um já-dito permitirá compreender a relação entre os sujeitos e a ideologia nos discursos.

Na garantia da manutenção da construção dos discursos, o interdiscurso tem o esquecimento como elemento fundamental: será ele o responsável em dar sentido às novas palavras do sujeito, como se o que está sendo dito seja inédito; situado na

instancia do inconsciente, o esquecimento ideológico permite ao sujeito a ilusão de que as formulações pré-existentes captadas sejam originais.

A AD considera as relações de poder que permeiam as instituições, uma vez que a formação dos sentidos é determinada pelas posições ideológicas presentes no processo sócio-histórico da construção das palavras, resumidamente, *“os sentidos sempre são determinados ideologicamente”* (Orlandi, 2009, p. 43).

### **Análises das entrevistas e do livro de atas**

Depois de analisadas as entrevistas, o material obtido foi sistematizado em quadros sintéticos que contém os temas principais, os subtemas e as unidades de sentido condensadas, adaptados segundo proposta de Granehein e Lundman (2004) com objetivo de apoiar a discussão dos resultados.

Várias falas permitiram discernir algumas das características do contexto em que se inserem os trabalhadores do Nasf em município de pequeno porte, notadamente a concepção predominante sobre o tipo de administração que a gestão central opera.

Os registros em ata das reuniões da equipe Nasf também foram analisados. Neste documento oficial formulações relativas à gestão e condições de trabalho foram examinadas e confrontadas com o conteúdo obtido com base nas entrevistas.

Quadro 1 - Análise qualitativa das entrevistas com os profissionais do Nasf. Tema: Gestão.

<b>Tema</b>	<b>Subtema</b>	<b>Unidade de sentido condensada</b>
Gestão	Organização do trabalho	Conhecimento/ definição das atribuições do Nasf
		Elaboração/ execução de projetos pelo Nasf
		Perfis dos integrantes do Nasf
		Trabalho em equipe
	Relações de trabalho	Relação com níveis superiores da gestão
		Relação com equipes da APS
		Relação intraequipe do Nasf
	Processo decisório	Participação do Nasf nas decisões
		Interferência/lideranças políticas

Fonte: elaboração própria, adaptado de Graneheim & Lundman 2004.

Quadro 2 - Análise qualitativa das entrevistas com os profissionais do Nasf. Tema: Condições de trabalho.

<b>Tema</b>	<b>Subtema</b>	<b>Unidade de sentido condensada</b>
Condições de trabalho	Infraestrutura	Disponibilidade de sede física
		Recursos de comunicação com equipes da APS
		Disponibilidade de transporte
		Disponibilidade de insumos para elaboração de projetos
	Quadro de pessoal	Composição quantitativa
		Composição qualitativa

Fonte: elaboração própria, adaptado de Graneheim & Lundman 2004.

Quadro 3 - Análise qualitativa das entrevistas com os profissionais do Nasf. Tema: Saúde no Trabalho.

<b>Tema</b>	<b>Subtema</b>	<b>Unidade de sentido condensada</b>
Saúde no trabalho	Saúde/Doecimento	Satisfação/Insatisfação
		Sobrecarga
		Doecimento
	Formas de resistência	Individuais
		Coletivas

Fonte: elaboração própria, adaptado de Graneheim & Lundman 2004.

## Análises das entrevistas

### 1. Gestão

#### 1.1 – Organização do Trabalho

##### 1.1.1 – Conhecimento/definição das atribuições do Nasf

“Desde o começo já foi desafiador a gente entender o que era o projeto nasf, os oitos profissionais, e de como desenvolver as ações e projetos – já que é um núcleo. A falta da capacitação aos profissionais para iniciar o nasf faltou, cada um foi descobrindo por si próprio, quem quis descobrir, e tem gente que até hoje não descobriu o que fazer. No início a maioria desconhecia e nem teve tempo para aprender, porque o nasf teve que atender a demanda reprimida de 2012, 2013, 2014 e também a existência do nasf anterior que não atuou da forma como as normativas do programa propõem, então as equipes já tinham se acostumado, e quando nós chegamos com a visão do nasf foi um choque, porque elas achavam que seria mais um especialista dentro da unidade, que acabou sendo uma visão também do usuário. Foi e ainda está sendo uma luta para tirar esse entendimento” [Rubi].

“Eu acho que na saúde é muito difícil trabalhar. Nos outros não tinha esta cobrança, não sei. Eu tinha meu horário de entrar, tinha o que eu tinha que fazer, horário de sair, trabalho feito, no outro dia também [...] na saúde não sei nem te responder” [Turmalina].

“Logo que eu entrei, trabalhar no Nasf foi tudo muito novo, porque na faculdade eu nunca ouvi falar em Nasf. Ai vem a parte de matriciamento, apoio, pra mim era muito novo, não sabia o que era isso, e também não teve ninguém que chegou em mim e falou: “Oh, você entrou no Nasf agora, você vai agir assim, assim, assim. Não teve. Se você quisesse saber o que era Nasf você estudava, e ai a gente chegava (risos) lembra? Ai eu falava: gente, vamos fazer alguma coisa, está errado isso daí, porque eu não entendia o que era Nasf. E tem hora que até hoje eu paro para pensar “Mas será?”, tem hora que eu jogo tudo pra cima, “Oh, vai ser assim e pronto”. Você tenta, faz um projeto lindo, maravilhoso e fala: “agora vai!”, e não vai. Então eu acho que a primeira dificuldade de se trabalhar no Nasf são os profissionais mesmo, porque a gente não tem qualificação para isso. E os profissionais que trabalham na saúde, não só do Nasf, todo mundo, todo mundo não tem entendimento, eu acho que a gente precisa de uns cursos, aprimoramentos, para estar trabalhando ali, para fazer o certo. Porque quando a gente pega um livro para ler sobre o Nasf é tudo muito lindo, você fala “Como que não dá certo?” [Esmeralda].

“No Nasf a gente recomeça todo dia. Todo dia a gente tenta entrar no eixo, todo dia. E a área clínica que eu trabalho é mais individual e o Nasf não é isso, não é? [...] Sou eu mesma que define minha rotina no Nasf. No começo eu tentava ir em todas as unidades pelo fato da coordenadora da APS pedir para ir em todas as unidades [...] vou lá para falar que eu estou lá, a verdade é essa, porque na maioria das vezes a demanda não existe, estou ali para falar que eu fui, para dizer que tem alguém do Nasf ali. [Esmeralda].

“Quando a gente entrou no Nasf a gente tinha aquela conscientização que “Ah, vou fazer o grupo de ginástica, de ginástica laboral, com crianças obesas”. Ai depois a gente teve umas reuniões com a articuladora da AB e viu que não era somente isso, não é? [...] mas o que o Nasf pede que a gente faça, eu não sei mesmo [Topázio].

[Topázio].

“Função da Psicologia para a equipe Nasf? Não sei, não parei para pensar nisso. Eu acho que agora não está contribuindo em nada, porque já... eu acho que até poderia contribuir, mas nunca parei para pensar nisso, no que poderia ser feito, não sei te dizer” [Opala].

### 1.1.2 – Elaboração/execução de projetos pelo Nasf

“Foi solicitado a mim que procurasse modelo de horta comunitária em uma reunião que participei da USF. Na próxima reunião não me chamaram, então ontem fui entregar o projeto a enfermeira, que fez pouco caso e fez outra reunião na segunda-feira com a equipe de porta fechada e nem fui solicitada. Esse é um exemplo que se repete em todas as unidades, eles vão colher de você, mas depois não tem nem a humildade de dizer que a ideia, mesmo que informalmente, partiu da gente. Eles não aceitam que o nasf sugira coisas para eles melhorarem o processo de trabalho deles” [Rubi].

[...] Se você for organizar um evento, você não pode fazer o contato direto com os outros setores, primeiro tudo tem que passar pela secretária. Para o meu trabalho específico ela não entende que eu posso fazer o trabalho intersetorial, que eu posso fazer o contato com a rede, tudo tem que pedir pra ela fazer esse intercâmbio [...] O trabalho aqui é imediatista, não há continuidade do cuidado [Rubi].

“Tem a ver com a unidade que não ajuda, porque quando a gente faz um projeto, o projeto é do Nasf. E o projeto não é do Nasf, é da unidade. É igual quando eu fazia o grupo de medicação. Eu ia lá, eu ia pensar no que ia fazer, sozinha; grupo de criança que eu estou fazendo hoje, que hoje eu já vejo com outro olhar e mesmo assim não consigo trazer a equipe para o grupo, não vem, não estão nem aí. Eu tenho certeza que se eu perguntar (na USF) não sabe que eu estou fazendo um grupo lá. Não é só o Nasf, eu acho que é um todo, a gestão, a equipe, por isso que não funciona” [Esmeralda].

“O que é fácil? [...] eu trabalho sozinha é fácil, eu faço meu trabalho individual, é fácil e não compete ao Nasf isso” [Esmeralda].

“Não, as atividades que realizo são mais individuais [...] quem toca o grupo normalmente sou eu [...] A rotina cada um tem a sua, eu parto para um lado, Rutilo toca para outro, cada um tem seu horário” Topázio].

“Alguns casos a gente acaba atendendo individual, outros a gente tenta tapar com a peneira, como fala – tapar o sol com a peneira, porque você não tem para onde direcionar, você não tem para onde encaminhar aquela pessoa, você não tem o que desenvolver com aquela pessoa, porque ninguém quer fazer nada; a equipe acha que a Psicologia é só atendimento individual, a gestão tem uma dificuldade enorme em aceitar as propostas de projetos inovadores, porque não tem material, porque não tem dinheiro, porque não é para fazer mesmo, então alguns casos que são solicitados a gente acaba atendendo individual, outros a gente faz uma escuta e tenta direcionar para outro lugar, mas aí a pessoa fica – vai para um lugar volta pra cá, vai pra lá volta pra cá, ou fica na lista de espera ou você não tem nem o que dizer às vezes. As vezes eu não sei nem o que dizer para a pessoa, eu falo “espera um pouco que a gente vê o que faz” [Opala].

“E por maior o esforço, você sempre tá tendo que parar e recalculando a rota, igual GPS, sabe? Você tem que parar e falar: “opa, não está dando certo. Tem que mudar” [Ágata].

“O Nasf já tentou fazer alguns projetos, que não funcionaram, mas que seriam bons. Como a gente tem uma falha muito grande na psicologia, então eu acho que a psicóloga acaba ajudando a gente. Agora, não sei numa, não numa proposta Nasf, numa proposta profissional psicóloga, entendeu? Eu acho que a assistente social também tem tentado, o trabalho não está efetivo, mas ela tem se esforçado. A gente começou bons grupos de criança obesa, que eu achei muito importante, tão necessário, mas que já se perdeu, a gente começou grupo de saúde mental com a psicóloga, muito importante, que já se perdeu. Então a gente já fez algumas coisas, mas que se perdeu. Então nós estamos tentando fortalecer isso aí fazendo os projetos terapêuticos, envolvendo o Nasf todo, mas está bem devagar.

### 1.1.3 – Perfis dos integrantes do Nasf

“Houve um avanço na equipe Nasf, mas continua dividida. *Por que já foi bem pior?* Pelo perfil dos profissionais, falta de compreensão e de querer entender o que é o nasf, eles não entendem o saber de cada profissional, que o conjunto é que faz o apoio. Por exemplo, uma das fisioterapeutas tinha restrição, resistência em entender a dinâmica do trabalho [...] os outros tanto faz se subir ou se descer, eles vão pra onde a água corre, não tem entendimento e nem querem saber. Estes outros não têm perfil de Nasf, fazem o que mandam fazer, a gestão, a coordenadora, as próprias equipes das unidades” [Rubi].

“Ele é um projeto que não vai funcionar porque não tem entendimento, ninguém consegue entender nem os próprios profissionais. A única pessoa que entende é você, que chegou entendida sobre o que era aquilo, porque o resto, a maioria dos profissionais do Nasf não se acha no Nasf, eles não trabalham no Nasf, estão lá só para ganhar seu dinheiro, ninguém vai atrás para saber o que é, para caminhar bonitinho “Ah, está caminhando assim, vamos continuar assim”, não faz nada para ficar melhor” [Esmeralda].

“Outra dificuldade é até com a equipe da Nasf, a equipe não se entende, tem pessoas do Nasf que não sabem nem o que é Nasf, não sabe nem o que está fazendo na prefeitura no SUS, não sabe nem o que é atendimento em SUS na verdade, sabe, acho que nem o que é Atenção Primária, então outra dificuldade é fazer o Nasf entender como que o Nasf tem que trabalhar” [Opala].

“Contribuição da minha especialidade no Nasf? É, fica meio difícil essa pergunta... não sei [risos]. Não consegui enxergar” [Ágata].

“Acho que o Nasf não tem competência. Eles entraram em uma função e eles não estudaram a real função deles e, eles não aceitam também, é um cargo que eles querem se encostar, “Ah, vou me encostar nesse cargo”, não todos, a maioria. “Eu vou me encostar nisso aqui e vou fazer do meu jeito”. Porque é muito mais fácil fazer do seu jeito, não é? Pelo seu pensamento. Eles não seguem protocolo, não segue o que tem que ser feito. E assim, falta um gestor para eles, um gestor que cobre” [Galena].

### 1.1.4 – Trabalho em equipe

“Não há facilidades para desenvolver meu trabalho, teria se tivéssemos todas as diretrizes instituídas, como a carga horária de trabalho do nasf em um mesmo período, já que cada profissional quando entrou escolheu seu horário de trabalho, sendo seis com 4 horas e dois com 8 horas. Não há um segmento com todos os profissionais [...] a quantidade de unidades

que temos que fazer, o território aqui é extenso. A questão de ter que se fechar em cronograma, pois a gestora preza que o nasf tenha um cronograma e que tem que fazer plantão cada dia em uma unidade para saber onde cada um está no dia da semana. Agenda individual que não é fechada em conjunto, falta da reunião semanal da equipe nasf para poder repassar aos outros profissionais, para discutir com o conjunto todo, mas eles não têm visão, entram na sala, peidam e vão embora. E ainda pior, fecha a porta pra gente cheirar. Risos” [Rubi].

“As vezes se a gente vai fazer um projeto, são sempre as mesmas pessoas que vão participar, porque o grupo não está pactuado, é sempre um ou outro ou outro (do Nasf), então a gente não consegue” [Esmeralda].

“No começo combinamos de todo mundo trabalhar juntos, mesmo período, ajudar nos grupos [...] mas acabou não dando muito certo não, cada um fez seu cronograma e seguiu, nem é função mesmo do Nasf, mas a gente fez para não dar converseiro. Desde que a gente entrou estava tendo muita conversa, para não ficar com o nome queimado, cada um partiu para o seu lado, montou seus grupos e começou a trabalhar” [Topázio].

“Em equipe? Do nasf? Eu acho que a gente não tem, só as reuniões, mas atividades mesmo é cada um por si, tudo individual, cada profissional faz a sua atividade, não é?” [Opala].

“Cada um define sua rotina. Geralmente quando a gente precisa estar junto do grupo, através dos nossos encontros ou na nossa sede, por exemplo, você vai falar com a psicóloga: eu tenho uma visita que achava legal você estar junto, você pode ir? Ai a gente se adapta para fazer as coisas juntas. Mas a maior parte cada um define a sua rotina, seu cronograma (que a secretaria adora - risos). E ela sempre fala que a gente nunca entregou” [Ágata].

## **1.2 – Relações de trabalho**

### **1.2.1 – Relação com níveis superiores da gestão**

“A secretária de saúde atual é aquela que arregaça as mangas nas campanhas, pressiona os funcionários, aparece nas unidades só nesse período, no dia a dia ela não é presente nas equipes. Isso faz ela ter uma visão deturpada, ela não procura realmente saber com o que acontece, só como chega até ela, assim, não sabe o que realmente aconteceu [...] Ela é muito centralizadora. Tem outra coisa, ela atende os usuários todos os dias, os trabalhadores tem que ficar na fila para conversar com ela. [ Rubi].

“Eu faço o que me pedem, a secretária pede para eu atender eu atendo, a secretária pede para eu fazer eu faço, a secretária pede para eu ir eu vou” [Turmalina].

“Quando eu falo gestão eu penso assim: tem a gestão, depois os PSF e depois o Nasf. Se começa errado lá em cima, a hora que chega ao Nasf está tudo errado. Então eu acho que eles não têm o entendimento do que é o papel, vem muito bonito lá de cima (governo federal), mas a hora de colocar em prática... Igual o Nasf, eu entrei e eles não me viram como profissional equipe Nasf, me viram como especialista, porque estava faltando este profissional. No PSF virou pronto-atendimento, a pessoa chega, é atendida e vai embora, virou uma clínica. A gente não fala a mesma língua” [Esmeralda].



“A nossa coordenadora diz que é coordenadora, mas em alguns momentos a gente não sabe se pode contar com ela ou não, então as vezes quem toma partido é a gente do Nasf mesmo” [Topázio].

“ [...] ela fala com todas as letras que ela não gosta do Nasf, que ela não gosta de ser coordenadora do Nasf e que ela não quer trabalhar com o Nasf. E ela falou da última vez que a gente se encontrou com ela que ela odeia o Nasf, que ela não quer, que ela quer sair fora do Nasf [...] Na verdade ela disse assim: ‘Eu odeio vocês, eu não quero trabalhar com vocês, eu não gosto de vocês, já falei isso para a secretária, falo para vocês, eu estou cansada, eu não quero saber de nada’, foi desse jeito” [Opala].

“ [...] a gente tem coordenador fictício [risos]. A nossa coordenadora, a única coisa que ela gosta de falar é que ela odeia a gente [risos]. Então quem coordena somos nós mesmos. Porque a gente... eu acho até assim, que no começo a gente estava perdido de grupo, né? Que como a gente não teve respaldo nenhum, de uma pessoa que guiasse a gente, a gente foi jogado [Ágata].

“A gestão tem conhecimento de tudo, da dificuldade da gasolina, por mais que a gente já tenha feito vários pedidos, não vem, e se você se nega a fazer o atendimento, você acaba até sofrendo ameaça [...]eu contestei, disse que isso não era meu serviço, que não tinha como eu ficar me deslocando com o meu carro, com a minha gasolina, que eu precisaria pelo menos do motorista para fazer esse atendimento, aí me falaram que se eu não estivesse satisfeita era para eu sair” [Ágata].

“Tem uma fala da secretária que eu acho ridícula: “você trabalha quatro horas para a prefeitura, mas você tem que estar disponível para a prefeitura o dia inteiro”. Isso não existe! Ela fala isso! “Quando eu te convocar você tem que ir” [Ágata].

### 1.2.2 – Relação com equipes da APS

“As visitas domiciliares são solicitadas, mas na maioria, não apresentam fundamento, não há discussão do caso antes para levantar a necessidade da visita ou não. Caso eu não veja a necessidade, a equipe acha que é má vontade, que eu não quero trabalhar, que eu estou ali pra fazer. Uma vez uma ACS solicitou uma VD, mas disse se caso eu não tivesse nada para ofertar, que não era nem pra eu ir” [...].

[...] outro ponto de dificuldade é que “tudo bem que ESF é uma extensão da sua casa”, mas não do jeito que acontece, é como se o comércio estivesse dentro da sua casa, tudo quanto é venda de coisas eles levam lá, até cobrança de lojas eles batem na porta da sala quando estamos fazendo grupos para cobrar os profissionais. A cozinha da unidade é mais usada que a cozinha da cada delas, todo dia tem bolo, pipoca, com usuário lá na recepção. O médico está atendendo o usuário com dor, e ele tá sentindo o cheiro de bolo lá da cozinha. Fora o falatório, a falta de respeito. [Rubi].

Outra dificuldade, logo que a gente chegou que a gente não sabia o que era Nasf, isso começou a ficar ruim para trabalhar, e quando a gente chega a equipe também não sabe, as pessoas não sabem o que é o Nasf, as unidades até hoje não sabem o que é o Nasf [Esmeralda].

“Do restante, a iniciativa sai mais da gente mesmo, porque o pessoal do PSF já tem outros afazeres e acaba deixando mais para nós decidirmos sobre o que vamos fazer[...] o grupo de criança que eu lembro quem correu atrás fomos eu e a nutricionista, passamos em todas as escolas, a gente viu qual escola estava maior a demanda de crianças obesas, a gente puxou o grupo [...] assim como os outros grupos, a maioria das coisas partiu da gente. As vezes nem é por culpa deles, porque eles tem outros afazeres, então a gente toma partido” [Topázio].

“A questão que acontece nos PSF é que trabalha muita mulher. E todo mundo sabe que mulher gosta de conversar, não é? A questão é que depois que a gente teve o entendimento do Nasf, o matriciamento, a gente dá o suporte ali e ajuda e o PSF continua o serviço. Mas o PSF não via desse jeito, aí quando a gente pensava em trabalhar assim ‘Oh, vamos montar o grupo, depois quem toca os grupos são elas’, o que acontecia? As meninas dos PSF falavam que o pessoal do Nasf era folgado, que não queria trabalhar, que só queria dar ordem [Topázio].

“Ai, vamos fazer um projeto para trabalhar saúde do idoso. Quem vai fazer? O Nasf, é o grupo de Nasf. Não, a gente tenta “É o grupo de saúde da família, o Nasf é um apoiador”. Não, o Nasf que monta o projeto, que desenvolve, que avalia os resultados e se não deu certo também é culpa do Nasf” [Opala].

“Agora, problema de relação? Eu acho que tem muito. Não sei se fofoca seria a palavra certa... como eu posso dizer... muito diz que me disse, então você chega num lugar e “Ah, fulano falou não sei o quê, não sei o que, não sei o que”, aí você sai de lá fala que você falou tal coisa e fica isso. Dai quando você chega na unidade de novo ninguém olha para sua cara e você nem sabe o por quê” [Opala].

“[...] agora as facilidades que eu consigo enxergar é que agora a gente tem intimidade com as equipes. Só, para falar a verdade.” [Ágata].

“É muito ruim, um joga para o outro. A eSF acha que o Nasf não é eficaz, o Nasf acha que a equipe não é eficaz, um empurra para o outro, e já ficou... assim... já deu até briga, desrespeito. Agora nas reuniões que a gente tem feito, tem tido até ofensas pessoais, está nesse nível. Mas a gente vai continuar se reunindo e tentar mudar” [Galena].

### 1.2.3 – Relação intraequipe do Nasf

[...] a equipe não é muito ligada, todo mundo desempenha o seu papel, “ah, é área de tal coisa? Partiu!” até eu já pensei assim: “Ah, hoje tem reunião de saúde mental, então para que eu vou? Eu não vou!”. Porque ninguém nunca me explicou. Na minha área eu estava disposta a resolver qualquer problema, se falasse saúde mental, “Ah, deixa as meninas resolverem”. [...] Tem um determinado assunto, cada um vai para a sua área, não se vê como uma equipe, uma dificuldade [Esmeralda].

“Acho que a pessoal não tem problema não, mas a profissional... tem dificuldade, porque é um tal de eu sei, você não sabe porque é da minha área, eu faço e você não interfere, então, acho que relação profissional nem tem. Acho que eu só consigo me relacionar profissionalmente com a assistente social – que é a que entende o que é o Nasf, que está perto, que está ajudando” [Opala].

“Nossa, no começo era perturbador [risos]. Tinha dia que eu saia querendo matar uns dez. Era perturbador, você falava: Meu Deus, eu não vou dar conta. É muito difícil o trabalho, é muito difícil as pessoas, eu dizia: não, não dá. Tanto que você percebe que no começo o Nasf tinha grupos, depois de um tempo os grupos mesclaram, quem tinha um pouquinho de afinidade ficou um pouco mais juntos. Mas aí passou o tempo e a gente conseguiu entender o lado de cada um e a gente começou a se aproximar e a gente casou. Mas no comecinho era perturbador, as nossas reuniões então, saíam faíscas [risos]. Mas é bom, porque você acaba desenvolvendo um senso de tolerância maior. Você vê que a gente está no meio... a gente já trabalha com uma coisa que é muito delicada – que é a saúde das outras pessoas, né? E a gente já lida com vários tipos de emoções, então a gente tem que ver que quando a gente está nesse tipo de lugar/nesse trabalho, a gente tem que ter uma tolerância gigantesca” [Ágata].

### 1.3 – Processo decisório

#### 1.3.1 – Participação do Nasf nas decisões

“Lembro-me de um caso que o usuário precisava de alimentação interal e a gestora pediu que a nutricionista fizesse a avaliação e orientação para realizar a comida em casa, para bater os alimentos no liquidificador. Argumentei se a família tinha condições para comprar os alimentos (fora que isso não é recomendado), e a resposta da gestora foi que eu não estava trabalhando no social mais, estava no SUS, que era bem diferente” [Rubi].

“Eu fazia os atendimentos a domicílio, que não era para fazer, mas eu fazia porque era obrigada [...] tem as físiós já que fazem atendimento a domicílio - que seria a parte delas pra fazer, não a minha; só que o problema, bom não sei o que aconteceu lá que a secretária pediu para a gente fazer... aí a gente tinha que fazer” [Turmalina].

“Primeiro a gestão não sabe o que é Nasf, a coordenadora não sabe o que é Nasf, então isso prejudica. Tem horas que você vai falar com a equipe de saúde que o papel do Nasf é fazer tal coisa aí vem a gestora e fala que não, que o Nasf tem que atender individual, que a fisioterapeuta tem que fazer visita domiciliar com o carro dela com a gasolina dela, todos os dias na cidade inteira, que o educador físico é só grupo de ginástica, daí você exige que o educador físico esteja em uma reunião, em uma discussão de caso, na elaboração de um projeto – Não! O educador físico é diferente. Então para a gestão Nasf é: psicóloga, é só psicóloga que resolve, as reuniões são só para as psicólogas, só a psicóloga é chamada na sala da gestora, só a psicóloga que pode fazer alguma coisa, só a psicóloga que é cobrada e ainda a psicóloga é odiada, porque se a psicóloga não faz atendimento individual ela não faz nada. Então os médicos reclamam que a psicóloga não serve para nada, as enfermeiras reclamam que a psicóloga não quer atender, então uma das grandes dificuldades é isso, é a conscientização do que é o Nasf e do que é o papel de cada profissional” [Opala].

“ [...] porque parece assim, o pai e o filho, o pai manda e o filho tem que obedecer, independente se é da sua responsabilidade ou não. Então essa dificuldade da aceitação da dinâmica do Nasf é muito difícil por parte da secretária de saúde, porque querendo ou não somos subordinados à ela, e aí a gente acaba ficando de mãos atadas” [Ágata].

“[...] a gente foi tentar montar um projeto terapêutico de um usuário em um psf, a nossa coordenadora disse: “Nasf, faça o projeto terapêutico e depois você traz pra unidade”... aí você vai falar o quê?” [Opala].

“[...] para a gestão é assim: se a população não está reclamando está ótimo! Então é assim: atende individual porque é o que a população quer – pronto! Resolve todos os problemas” [Opala].

“O que o Nasf quer? Ficar lá, esperar alguém chamar ele “Olha, eu trabalho para o Nasf, eu espero alguém me chamar. Mas se me chama e também acho que é não é para mim, não vou”. Então ele fica lá, é um cabide” [Galena].

### 1.3.2 – Interferência/lideranças políticas

“Ontem em uma reunião com o CAPS, o Creas e os Cras, discutiram o que fazer com as crianças com TDAH, pois as crianças que não são do ensino infantil e fundamental não tem onde buscar atendimento, pois as escolas só disponibilizam atendimento psicopedagogo para as crianças municipais. Os adolescentes não têm onde ser acompanhados. O Caps debateu que marcam consultas e eles não comparecem. Questionados por que o Caps não faz VD, a coordenadora respondeu que não há possibilidade, pois há muitas consultas. A secretaria disse que com o salário que o psiquiatra ganha ele não fará visitas” [Rubi].

“Os profissionais são colocados, tem certo apadrinhamento quando contratados, e isso limita no trabalho. exemplo: tem um profissional do nasf atual que fez parte do nasf anterior, fez parte entre aspas, porque só cedeu seu registro profissional para que o município conseguisse sua adesão e, por coincidência ou não, passou em primeiro lugar no processo seletivo. E por coincidência ou não, é o que desenvolve um trabalho independente e de forma escancarada, ou seja, é o profissional que menos tem afinidade com a equipe nasf e com a proposta, porque ele só desenvolve o que quer e de maneira independente (ele pode fazer o horário dele para casar com outro trabalho dele, particular) e o que lhe convém para ter o apoio da gestão” [Rubi].

“O método de trabalho proposto pela secretária é assim: ela dá uma ordem, mas se o usuário bate na porta dela, ela se contradiz e manda você fazer diferente do que ela mesmo propôs, deixando o trabalhador com uma visão ruim diante da população, ou seja, o usuário pensa: aqui não consigo, vou lá na secretária e consigo. E isso se aflora mais em ano político” [Rubi].

“[...] o que eu acho é rabo preso, tipo alguém colocou tal pessoa ali, então eu não vou bater de frente, então o que o prefeito mandar, o que a política mandar eu vou fazer eu vou cumprir. Não tenho como provar nada, mas reflete muito isso. Se falar que não é para fazer - geralmente em ano de eleição: “Você tem que fazer isso!”, então mesmo que não queira, que não seja sua função, que não tenha nada a ver, você tem que fazer [...] “Ah, a pessoa quer participar do artesanato do social”, por exemplo, “ah não é do território”. “Põe porque é ano político e eu não posso perder voto”, eu já ouvi isso muito!” [Opala].

“[...] mas às vezes vem da gestão o pedido, aí você tem que acabar acatando, é complicado” [Ágata].

É [...] stamos sofrendo um processo por denúncia ao Ministério Público, que a gente não sabe o porquê, foi denuncia anônima, mas é totalmente caráter político, o questionamento de como foi feito o nosso concurso, isso pra mim é totalmente político, a oposição que lançou essa afronta aí - essa dificuldade para o prefeito. A gente vive numa cidade – agora que a gente está vendo esse negócio de lava-jato, é muito gritante a influência que a política tem no meio, no trabalho, em tudo, principalmente vindo da parte pública” [Ágata].

## **2. Condições de trabalho**

### **2.1 – Infraestrutura**

#### **2.1.1 – Disponibilidade de sede física**

“Eu vou de manhã em todas as unidades, aí no outro período eu fico só em uma unidade que é a nossa sede. Lá eu consigo colocar em ordem, se eu fiz grupo consigo colocar no eSUS, eu consigo lançar, se eu preciso de uma orientação diferente eu consigo pesquisar porque tem computador, eu tenho um espaço. Nas outras unidades eu já não tenho [Esmeralda].

“[...] para desenvolver as atividades em grupo, são salas muito apertadas, cheias de coisas, aí você fica tentando adaptar. Então, por exemplo, você vai fazer um grupo com quinze pessoas, nenhum psf te propõe um lugar para isso, ou tem geladeira de vacina ou tem mesas e cadeiras em excesso, armários, materiais espalhados, ou você tem que fazer dentro do almoxarifado onde tem arquivo morto. Até para atendimento individual não tem lugar, você atende na sala de vacina, de ginecologia, se bobear você tem que atender até na cozinha porque ninguém te dá um espaço” [Opala].

#### **2.1.2 – Recursos de comunicação com equipes da APS**

“Aí tem as dificuldades que eu já falei que você encontra dos materiais, dos lugares para você fazer as atividades, da reunião de equipe que você marca, marca, marca e sempre algum desmarca ou o médico não pode participar ou quando vai fazer é só com a agente comunitária de saúde, então é uma grande dificuldade porque quando a gente propõe trabalho gostaria que fosse com a equipe toda” [Opala].

#### **2.1.3 – Disponibilidade de transporte**

“Falta de autonomia para que o nasf desenvolva as ações e os projetos. Autonomia desde insumos (materiais), meio de transporte para se locomover, não te dá respaldo em não acreditar nas propostas que o nasf coloca [Rubi].

[...] tem a questão da gasolina, não vem nada pra gente, se a gente quiser trabalhar a gente se vira com gasolina para chegar até o local e com o material que você precisa [Esmeralda].

“[...] a gente não tem gasolina, não tem carro, nem ganha o suficiente para isso” [Opala].

“A gente não tem gasolina para a locomoção, a gente vai com o carro próprio, com o próprio combustível” [Ágata].

#### **2.1.4 – Disponibilidade de insumos para elaboração de projetos**

“Eu particularmente não faço uso comparado com as equipes que usam todos os recursos do bolso deles, como celular próprio, pagam encadernações, xerox para as fichas de registro das

VD das acs, todos os materiais para as mobilizações como canetas, camisetas, decorações, tudo com recurso próprio. Preciso de telefone em lugar apropriado, mas não há, de material didático, arquivos, pastas, mas não tem nada disso, não por falta de solicitação, por falta de entendimento da gestão de que é necessário. Ela responde que devemos trabalhar com o que tem, mas a cobrança é para que seu trabalho seja redondinho, até te ilude dizendo que vai atrás dos materiais, deixa em cima da mesa dela e nada. Pra conseguir algum material, praticamente você precisa se humilhar” [Rubi].

[...] esses materiais que eu uso são todos meus, ninguém me fornece. O Nasf não me provê nada [Esmeralda].

“Tem esse converseiro que o nos postinhos que o Nasf não funciona. Para nós funciona. Para a secretária da saúde não funciona. A gente faz um trabalho legal, cada um tem seu grupo, cada um faz a sua parte. O problema é que falta incentivo, falta o pessoal quer ajudar também, porque às vezes a gente tem o intuito de fazer algo, por exemplo o dia de conscientização do suicídio, do dia do câncer, você vê todas as regiões fazendo, e a gente vê que na nossa cidade ninguém dá valor, ninguém incentiva, e quando vai pedir para fazer, ninguém te ajuda e sai tudo do nosso bolso” [Topázio].

“Tudo do meu bolso, material lúdico (quando a gente atende adolescente e criança), quando a gente quer fazer alguma dinâmica a gente tira do bolso, ou quando a gente quer fazer um café da manhã ou alguma coisa assim tira do nosso bolso. Algumas equipes de saúde ajudam a gente... e o carro próprio, né? Acho que a única coisa que a gente ganha é folha sulfite e ainda mendigada a cada quinze dias, uma resma para oito profissionais. Só isso que a gente ganha” [Opala].

“É muito pobre o atendimento, é pobre demais, você não tem recurso nenhum, se você vai na casa de um paciente que está com dor, você não pode fazer nada, porque você não tem um aparelho para levar, um aparelho portátil que poderia ser oferecido para domicílio, a gente não tem [...] Porque no domicílio a gente não tem nada. É o que eu falo, eu tenho a minha mão e o meu conhecimento” [Ágata].

## **2.2 – Quadro de pessoal**

### **2.2.1 – Composição quantitativa**

“Lembrei da capacitação ofertada pelo Estado para o Nasf que fui selecionada e a secretária não custeou minha ida aos encontros presenciais [...]. Tem também outro problema, a falta de estabilidade dos profissionais das equipes via concurso, já que a maioria foi contratada por processo seletivo” [Rubi].

### **2.2.2 – Composição qualitativa**

“Eu acho que uma facilidade com as enfermeiras a gente tem, porque elas estão sempre aí se você chamar ela pra conversar, para propor alguma coisa, inicialmente elas te ouvem, elas

conversam tentam passar para a equipe. A dificuldade é que depois não sai dali, não é?” [Opala].

“A secretária falou assim para mim: “Quem quer tratamento para cura tem que pagar, faça no particular, manda fazer particular, atende duas ou três vezes e manda embora”[Opala].

### **3 – Saúde no Trabalho**

#### **3.1 – Saúde**

##### **3.1.1 – Satisfação/Insatisfação**

“Nos outros trabalhos eu trabalhava, chegava em casa satisfeita, nossa.. feliz, consegui! Nossa, o velhinho andou! Nossa, a pessoa se recuperou! Eu via, eu trabalhava, via resultado. Aqui, trabalho e nem vejo resultado de nada [Turmalina].

“Ah, é bem angustiante, eu acho, porque a gente trabalha igual a outra parte da equipe e a gente não tem um incentivo, não tem apoio, a gente fica lá jogada, as vezes ansiosa, não tem o que fazer, é horrível, é angustiante” [Esmeralda].

“Eu acho que o Nasf contribui no sentido de tentar prevenir alguma coisa, mas o município que a gente trabalha a gente acaba se frustrando muito” [Topázio].

“[...] E aí a gente já desistiu de querer fazer isso acontecer, não dá mais, nas reuniões de equipe do Nasf um vai tomar café, o outro fica rodando na sala, o outro fica jogando no celular, e outras coisas que eu nem quero falar que acontece” [Opala].

“Nenhum profissional da saúde tem autonomia nenhuma! Se resolve uma coisa por mais profissional que seja – até médico, se receber uma ordem diferente, tem que enfiar literalmente o rabinho no meio das pernas e acatar. É muito difícil, é frustrante, é constrangedor... porque você acaba...você fala “e aí, que profissional que eu sou? Então eu estou aqui para ser pau mandado?” [Ágata].

##### **3.1.2 – Sobrecarga**

“As atividades que a gente realmente realiza? Não a que a gente gostaria de fazer? Atualmente eu estou fazendo atendimento em grupo em todos os psf, apenas um a enfermeira acha melhor não ter no momento. Então a gente está fazendo atendimento em grupo em todos os psf. Tem alguns atendimentos individuais, visita domiciliar e alguns psf a gente consegue fazer discussão de caso” [Opala].

##### **3.1.3 – Adoecimento**

“Aí você fica batendo de frente, batendo de frente, enlouquece, sai dali transtornada, desconta em todo mundo que não tem culpa, adocece. Só que também se eu fizer tudo o que eles querem

eu também sinto que vou adoecer, porque não é o jeito que eu sou. Então tem um grande problema. O Nasf infelizmente tem mais dificuldades do que benefícios” [Opala].

## **3.2 – Formas de resistência**

### **3.2.1 – Individuais**

“O nasf teve avanços, mas ao mesmo tempo você dá um passo pra frente e dois pra trás. Um dia você chega cheia de ideias, na semana seguinte você volta na unidade e recebe um banho de água fria, daí você fica aquele profissional frustrado, mas não pode se deixar desanimar, tem que fazer igual minha colega, pedir as contas” [Rubi].

“É difícil. Eu não sei se sou eu a causadora de tanto conflito, de tanto empecilho, que eu já cheguei a pensar que eu pudesse estar querendo demais, que eu tinha que trabalhar do jeito deles, eu já cheguei a pensar nisso, em abandonar tudo e trabalhar do jeito deles, fazer o que a gestão manda fazer – “você vai atender individual, então eu vou atender”, “você vai na reunião e não vai falar nada, eu vou na reunião e não vou falar nada”. Eu já cheguei a pensar nisso, a fazer isso, mas aí eu iria contra a minha própria índole profissional dizer que sou um capacho de fazer tudo o que eu não aceito fazer, que não é minha função só para ficar bem com eles? Então você fica naquilo que você não sabe o que você faz; se você quer caminhar certo você é ruim, você não quer fazer nada, e você bate de frente e você que...agora se você abaixa a cabeça e tudo – “eu sou linda, eu sou amiga de todo mundo”, mas e eu como profissional, como eu vou dormir à noite? Saber que aquele dia eu fui andar na rua para fazer um cadastro porque eu não tinha nada para fazer” [Opala].

“É, você vê, tudo é o tempo, né? A gente tem que se adaptar” [Ágata].

“Foi bom falar do meu trabalho, e a gente sempre fica com um pé atrás, tem medo que vaza uma conversa dessa e a gente está na rua, porque a gente é cargo de confiança” [Galena].

### **3.2.2 - Coletivas**

“[...] a gente foi herói, porque a gente foi jogado em sete unidades, sem saber como, quando nem por quê, sem recurso, e aí a gente ficou perdidasso, ao mesmo tempo que a gente tinha que mostrar trabalho a gente não sabia por onde começar, a gente não tinha a coordenadora necessária para guiar isso [...] Agora, com quase dois anos de Nasf, eu acho que o grupo está sabendo se introsar. Agora que está virando bolinho, a gente está andando mais juntos, até porque eu acho como a gente viu que a gente não tinha ninguém para guiar, a gente teve que se unir, e a gente começou, né, caminhar sozinhos” [Ágata].



## **Análise do Livro de Atas**

### **O Nasf**

Com base na participação em 42 reuniões, que se estenderam no período de abril de 2015 a maio de 2017, todas elas com registro em atas, destacam-se os seguintes tópicos:

- 1- Duração das reuniões
- 2- Conteúdo das pautas
- 3- Coordenação/desenvolvimento da discussão
- 4- Produtos e resultados

Reuniões de curta duração, que se resumiam na maior parte das vezes a informações sobre atividades. Coordenação assumida por técnicos externos à equipe do Nasf. Mudança da coordenação do próprio Nasf sinalizando provável conflito com a gestão municipal de saúde.

Entre outros foram pautados: implantação de projeto terapêutico singular- PTS e a proposta de adoção da clínica ampliada nas unidades de atenção básica, acompanhamento de grupos, matriciamento, projeto de territorialização, implantação de educação permanente, alta qualificada de pacientes internados na Santa Casa que deveriam ser acompanhados pelo Nasf. Há anotação sobre a resistência dos enfermeiros em aceitar o Nasf como apoio, não aderência dos médicos às reuniões de equipe nas unidades, individualização do trabalho dos profissionais do Nasf e a fragilização da rede municipal de atenção à saúde mental (ata 27). É notável que inúmeros assuntos agendados não retornavam na sequência, sem que pelas atas se esclarecesse se houve algum tipo de ação relativa aos assuntos abordados.

Na medida em que a atuação do Nasf parecia progressivamente não atender as expectativas da gestão municipal, aparecem sinais de conflito, tendo sido objeto da pauta: definição mais rígida de tarefas individualmente aos componentes do Nasf, com possibilidade de advertência em caso de descumprimento, registro de presença por ponto digital, troca da coordenação do Nasf. Há registro das dificuldades de concretização de projetos de intervenção pelos integrantes do Nasf, sejam de caráter individual ou coletivo, devido à imposição da gestão (ata 13/2016).

Na ata 41, a coordenadora, ao trazer a avaliação de desempenho para colher as assinaturas, referiu as dificuldades em desenvolver projetos com o Nasf e que “preferia” trabalhar com a enfermagem.

O que obtêm das atas, inclusive pelas lacunas, confirma o que aparece nas entrevistas. Ausência de sequência mostra a dificuldade de realizar a prática.

A redução dos recursos destinados ao SUS no Brasil tem causado a precarização da infraestrutura, que deve sustentar a atenção aos usuários. Ainda que o município estudado gaste aproximadamente 24,5% do seu orçamento global no setor saúde, a rede assistencial e o quadro de pessoal parecem insuficientes em relação à demanda da população, quando se analisa o conteúdo das entrevistas realizadas.

Há vários fatores que explicariam essa situação. Segundo Santos (2010, s/p)

A adesão das nossas elites dirigentes e do Estado aos mandamentos do neoliberalismo a partir de 1.995, reflete-se na grande elevação em 10 anos, até 2005, dos gastos da União com os encargos da dívida pública sob os juros entre os mais altos do mundo: de 18,7% para 42,4%. Ao que correspondeu a queda vertical dos gastos da União com saúde, educação, saneamento básico, segurança pública, habitação, cultura, justiça, energia, transporte e defesa nacional (políticas públicas): de 47,7% para 26,4%. Esta inversão foi a financeirização dos orçamentos públicos que atingiu também os Estados e Municípios.

Seligmann-Silva (2011) ao discorrer sobre o desgaste, assume a abordagem que o apreende como “produto de uma correlação desigual de poderes impostos sobre o trabalho e sobre o trabalhador, acionando forças que incidem no processo biopsicossocial saúde-doença” (p.135). Traduz-se em uma correlação de poderes e forças em que o trabalhador perde sua capacidade potencial e/ou efetiva, física e psíquica.

Certas doenças podem estar relacionadas ao impacto que as atividades do trabalho desencadeiam, conforme análise da Psicodinâmica do Trabalho, que se situa no âmbito microssocial e questiona o funcionamento deste ambiente organizacional, entendido como *lócus* interativo no qual a identidade se constrói e se modifica continuamente (Seligmann-Silva, 2011).

As atitudes que emergem nos relatos em resposta ao sofrimento vinculado ao trabalho são, na quase totalidade, de cunho individual. A ausência de menção a

iniciativas coletivas expressa os embaraços que os trabalhadores enfrentavam, seja por inércia, seja por falta de clareza sobre como atuar.

No que diz respeito à democratização das relações de trabalho, ou seja, da possibilidade de interferência dos trabalhadores nas decisões sobre os planos de ação, observa-se que há poucos mecanismos de participação no processo decisório.

Sato, Lacaz e Bernardo (2006) consideram como fundamental para atenção à saúde da força de trabalho adotar um olhar que considere o biológico, o psíquico e o social na compreensão do processo saúde-adoecimento-trabalho. A Psicologia Social como interface na organização dos processos de trabalho aponta que as escolhas organizacionais apresentam limites, já que são sempre influenciadas pelas contradições, conflitos e interesses diversos. Sugerem que o “replanejamento do trabalho deve dar-se como fruto de negociações coletivas e cotidianas” (p. 286).

## 6. DISCUSSÃO

### A realidade de um município paulista de pequeno porte

Em 2018, segundo dados do IBGE, 68,4% municípios brasileiros, entre os 5568 existentes, tinham menos de 20 mil habitantes. Nessas localidades viviam 32,1 milhões de pessoas, ou seja, 15,4% de uma população que totalizava 208 milhões e, em contraste, 317 municípios de grande porte, concentravam 118, 9 milhões de habitantes. No que concerne ao SUS, particularmente os municípios de menos de 50 mil habitantes dependem em grande parte de um município polo em sua respectiva região, e necessitam da coordenação do gestor estadual para ter acesso aos níveis de atenção especializada e hospitalar. Em 2016, na receita orçamentária de 82% dos municípios as transferências dos outros dois níveis de governo correspondem a uma parcela superior a 75%. (Exame, 2017).

No diagnóstico dos municípios associam-se descentralização e subfinanciamento da política pública de saúde. Os gestores municipais do SUS expandiram significativamente seus gastos no setor, alocando proporção das receitas próprias em níveis superiores aos determinados constitucionalmente (Araújo, Gonçalves, Machado, 2017). O município estudado tinha em 2014 receita de R\$ 69,1 milhões, sendo a receita *per capita* de R\$ 2.141,00 e as transferências perfazendo 72% do total das receitas (FSP, 2014).

O papel do gestor estadual do SUS é de fundamental importância na sustentação dos municípios de pequeno porte, posto que os níveis especializados e hospitalar de assistência devem ser providos mediante a coordenação estadual. No estado de São Paulo, em uma medida de racionalização e corte de despesas, a Secretaria de Estado da Saúde reduziu o número de Departamentos Regionais de Saúde - DRS, que passaram sucessivamente de 64 para 24 e desde dezembro de 2006 para 17 DRS, alguns deles reunindo mais de 70 municípios (São Paulo, 2006).

Tal fato, gerador de insuficiência de recursos e de pessoal, explica em parte, no município estudado, a queixa da gestora municipal acerca da falta de apoio por parte da gestão estadual.

Depreende-se dessa breve análise que estão dadas as condições para a multiplicação e intensificação das tensões no trabalho do dia a dia das equipes da APS no município em questão.

Acresce que, no transcorrer dos dois anos de trabalho, tornou-se evidente a fragilidade da atuação tanto da equipe do Nasf quanto as da APS frente a situações de saúde complexas ou crônicas, apontando para insuficiências na formação dos profissionais. Tal insuficiência de formação e de meios e instrumentos de trabalho acarretava situações de tensão no trabalho diário, como as descritas nessa tese, no nível de atenção sob a responsabilidade municipal.

Cabe assinalar que de acordo com o inciso III do artigo 6º da lei federal 8080/1990, está incluída no campo de atuação do SUS “a ordenação a formação de recursos humanos na área da saúde” (Brasil, 1990a).

No entanto, um grande número, senão a maioria de gestores municipais, ainda considera como um contratempo a presença nos serviços públicos de estudantes das profissões da saúde. São colocados vários obstáculos para a inserção dos estudantes na rotina da assistência, e há uma quase ausência de preceptores das respectivas profissões nos serviços para executar a tarefa de supervisão do aprendizado.

Frenk *et al* (2010) enfatizam o papel central da educação profissional, alertando que, ainda no século XXI, os avanços científicos não têm sido compartilhados equitativamente, colocando em risco a segurança em saúde. Segundo os autores, os currículos da formação em saúde continuariam fragmentados, desatualizados e estagnados, produzindo profissionais pouco capacitados a responder a um contexto de rápidas transições demográficas e epidemiológicas. Chamam a atenção para a incompatibilidade de competências frente as necessidades das populações: no lugar de cuidado continuado, prevalecem os encontros episódicos e a orientação para o hospital em detrimento da APS.

Estudiosos brasileiros do campo da formação em saúde reforçam esse posicionamento, preconizando formulações no ensino cujo eixo seja o cruzamento de competência técnico-científica e política em relação estreita com os marcos conceituais do trabalho em saúde que considerem a compreensão conjuntural do país e o contexto sanitário (Ceccim, Carvalho, 2006, p.84)

Em outras palavras o processo de trabalho na APS deveria se assentar sobre uma “política cognitiva inventiva de abertura da atenção para os sérios e desafiantes problemas colocados pelo campo da saúde no Brasil e também de invenção de novos procedimentos, de novas práticas e de novas tecnologias de atendimento e de cuidado” (Kastrup, 2013, p. 161). Processo de trabalho aqui entendido como sistematizado por Mendes-Gonçalves (1992): processo pensado com uma finalidade, através do qual agentes sociais empregam meios e instrumentos de trabalho para transformarem o objeto (realidades parcelares, as necessidades humanas) cujo caráter é histórica e socialmente determinado.

Considerando o conceito de trabalho em saúde sintetizado por Cecilio e Lacaz, a saber, “em uma única palavra que lhe confere singularidade e grandeza: cuidar” (2012, p.1) o conteúdo do capítulo 2 expõe como a autoridade sanitária deste município se situava distante desse entendimento. Também a consolidação da Medicina moderna, com as características que perduram até a atualidade (Cecilio, Lacaz, 2012) marcou a trajetória de trabalho da pesquisadora, como exposto no capítulo que recupera as evidências do poder dos médicos em relação aos demais profissionais.

A gestão do trabalho no âmbito do SUS deste município não dialogava com a noção de qualidade de vida no trabalho como defendida por Lacaz (2000, 2010, 2006), cujo núcleo conceitual se estrutura em torno do “controle que os coletivos de trabalhadores devem ter sobre seus processos de trabalho” (Lacaz, 2010, p.570). Ainda que seja tomado como referência somente o Programa Internacional para o melhoramento das condições e ambientes de trabalho- Piact, elaborado pela Organização Internacional do Trabalho- OIT (1976) percebe-se como os gestores do SUS não se orientam por tais diretrizes.

Tampouco observam as disposições do Pacto de Gestão de 2006 (Brasil, 2006), reafirmadas pelo decreto federal 7508 de 2011 (Brasil, 2011), que regulamenta a lei federal 8080/1990, que estabelecem a promoção de políticas de gestão que considerem a humanização e democratização das relações de trabalho, entre outras disposições relativas às responsabilidades dos gestores referentes às relações de trabalho. Cabe assinalar que no SUS a gestão participativa envolve também os

usuários, como disposto na lei federal 8142 (Brasil, 1990b), também majoritariamente desrespeitada.

Atravessando o dia a dia o trabalho na equipe do Nasf ressaltam-se as relações de poder. Como assinala Machado, segundo Foucault o objetivo básico do poder “não é expulsar os homens da vida social, impedir o exercício de suas atividades, e sim gerir a vida dos homens, controlá-los em suas ações para que seja possível e viável utilizá-los ao máximo [...]” (Foucault, 2014, p.20). Tal objetivo busca, ainda segundo o autor, diminuir “a capacidade de revolta, de resistência, de luta, de insurreição contra as ordens do poder, neutralização dos efeitos de contra poder, isto é, tornar os homens dóceis politicamente” (idem, p.20). Tais noções ajudam a entender os motivos de permanência na equipe de profissionais cujo descontentamento com os níveis hierárquicos superiores da gestão municipal de saúde era forte e evidente. Da mesma forma ilumina-se o episódio cujo desenrolar levou a pesquisadora a pedir demissão, atingindo-se o ápice em uma sucessão de conflitos.

A formação dos profissionais, no nível de atenção que está sob a responsabilidade municipal, estava marcada pela fragilidade da atuação da equipe frente a situações complexas ou crônicas, acarretando situações de tensão no trabalho diário, como as descritas nessa tese.

A formação dos profissionais da saúde é geralmente orientada para os especialismos, precocemente nos currículos, que se afastam das possibilidades de construção de um saber comum (Henz et al, 2013), ainda que as diretrizes curriculares nacionais – DCN- homologadas pelo Ministério da Educação em 2001 e posteriormente reafirmadas, tenham introduzido mudanças na formação em saúde, objetivando a aproximação com cenários reais de prática no SUS, a concepção ampliada de saúde e a prática interdisciplinar.

Cabe ao Nasf-AB o apoio matricial das equipes da APS, compartilhando as práticas em saúde com base na corresponsabilização entre as equipes e com os usuários. A gestão compartilhada se materializaria sob a forma de dois componentes, a retaguarda assistencial e o apoio pedagógico, buscando ações interdisciplinares. No entanto, predomina a incompreensão entre os integrantes das equipes sobre os respectivos papéis. Não se trataria apenas de lacunas de detalhamento das atribuições.

Posto que a integralidade do cuidado é entendida por muitos autores como “miragem fugidia”, como uma palavra que não pode nem ao menos ser chamada de conceito (Camargo Jr, 2009, p.15,16) não é surpreendente que equipes da APS no município estudado, em tese responsáveis pelo ordenamento da integralidade, trabalhando sem retaguarda nem formação adequadas, pudessem executar as tarefas que lhes são designadas em portaria do gestor federal.

Acresce-se a este quadro injunções políticas, que condicionam as contratações de pessoal e interferem na composição das equipes nos três níveis de gestão do SUS. Os serviços de saúde da maior parte dos países enfrentam perfis epidemiológicos complexos em virtude da ocorrência da transição demográfica. No Brasil, coexistem agravos crônico-degenerativos, neoplasias malignas, quadros decorrentes da violência e ainda persistem doenças infecciosas (Viana, Dal Pozo, 2005, p. 227), caracterizando uma transição epidemiológica inconclusa.

Há também incompreensão por parte dos usuários. Em pesquisa de Souza *et al* (2013) relata-se como usuárias entendiam que as atividades realizadas pelo Nasf melhoravam sua saúde, mas não identificavam o programa como uma atividade oferecida pela APS.

A própria APS, apesar de oficialmente definida como ordenadora do cuidado, prossegue sendo entendida como assistência de baixo custo, fato assinalado por Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996). De acordo com os autores, por parecer tratar-se de um serviço simples que utiliza poucos equipamentos, a APS é vista pelos profissionais e pela população como “medicina simplificada”. Ao conceituar as necessidades básicas de saúde, os autores sustentam que no Brasil tal conjunto de necessidades inclui “saneamento do meio, desenvolvimento nutricional, vacinação, informação em saúde, ações de vigilância epidemiológica e demandas tipicamente clínicas, de prevenção ou recuperação” (Schraiber; Mendes-Gonçalves, 1996, p. 36). Tais quadros exigiriam “para sua adequada compreensão e efetiva transformação, sofisticada síntese de saberes e complexa integração de ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, assistenciais e educativas” (idem, p.36).

O conteúdo dos capítulos precedentes contribui para a composição e compreensão do contexto no qual se inseria a pesquisadora como profissional



trabalhando durante dois anos no nível da APS em um município brasileiro de pequeno porte.

De acordo com Rockwell (2005) a abordagem etnográfica do fenômeno ou processo particular não exclui a totalidade maior com a qual esse processo particular mantém e se relaciona sob várias formas. No plano metodológico, as informações colhidas no campo podem ser complementadas por informações que se inserem em outras ordens sociais, sendo possível interpretar e explicar a situação particular recorrendo a elementos externos (Sato, Souza, 2001).

Dessa forma, inicialmente cabe interrogar as condições de operacionalização das atribuições e tarefas que são delegadas à APS em um quadro socioeconômico de deterioração das condições de vida e da situação de saúde constatado por vários estudos na maior parte dos países (Karanikolos *et al*, 2016).

Os autores estudaram os efeitos da crise de 2008 sobre a saúde nos países de alta renda da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico- OCDE, mediante a análise de 122 artigos selecionados, abrangendo o período de janeiro de 2009 a julho de 2015. Apontaram os efeitos negativos sobre a saúde mental, incluindo a elevação do número de suicídios, assim como o aumento de doenças infecciosas e não infecciosas. O impacto sobre a saúde foi maior em países que tiveram políticas mais duras de austeridade.

Vieira (2016) argumenta como evidências científicas apontam para os efeitos sobre a situação saúde das populações da crise econômica instaurada mundialmente em 2008. Partindo de 43 artigos, a autora coletou dados de dezessete trabalhos em língua inglesa, dividindo-os em relação às consequências da crise econômica e das medidas de austeridade. No âmbito das questões sociais mais abrangentes, destacou a ampliação da violência, o endividamento das famílias e a decorrente deterioração financeiros provocados pela perda do emprego e do aumento do desemprego, gerando maior empobrecimento.

No que concerne à situação de saúde, evidenciaram-se a piora da saúde mental, o crescimento da incidência e prevalência de ansiedade, depressão, estresse e abuso de álcool e outras drogas, bem como o aumento dos casos de suicídio e de doenças crônicas e infecciosas. Como consequência, cresce a demanda por atendimento no

sistema público de saúde, ao mesmo tempo em que as famílias são pressionadas a pagar atendimento do próprio bolso, justo quando enfrentam redução de seus rendimentos.

Outros estudos centrados nos EUA confirmaram esses achados: Modrek *et al*, (2013), concluíram, com base em revisão de 172 estudos publicados em língua inglesa no período de 1º de janeiro de 1980 a 1º de abril de 2013, que as recessões e em particular o desemprego prejudicaram significativamente a saúde mental, aumentando o risco de abuso de substâncias químicas e de suicídio, especialmente nos jovens de sexo masculino.

No Brasil tal agravamento tem sido sinalizado por indicadores de saúde tais como a mortalidade infantil e materna (Colucci, 2018; Abrasco, 2018). O coeficiente de mortalidade infantil aumentou globalmente em 2,4% - de 12,4 para 12,7 por mil nascidos vivos - em 2016 em todas as regiões com exceção da região sul. Segundo a Abrasco: “A mortalidade materna está sofrendo os mesmos efeitos dos fatores associados ao aumento da mortalidade infantil, como a crise econômica, o ajuste fiscal e os cortes de investimentos em saúde” (2018).

A ampla maioria dos municípios brasileiros vivencia na atualidade grave crise econômico-financeira, enfrentando crescimento do desemprego e do subemprego e empobrecimento de diferentes grupos populacionais. Para a análise do papel do sistema público de saúde face as crescentes necessidades de saúde da população originadas pela crise econômica, alguns dados ajudam a esboçar, no cenário dessa pesquisa, vários traços que marcam a realidade de um município de pequeno porte.

Diante desse cenário de crise, os estudiosos do movimento da Reforma Sanitária Brasileira encontram e debatem alguns dos principais dilemas que exigem reflexões e novos desenvolvimentos teóricos.

### **Os limites dos sistemas públicos de saúde**

De maneira ousada, pensar a reforma sanitária remete-nos ao sanitarista Sergio Arouca (1975), que apresenta como se deu a realidade brasileira do discurso preventivista. Entre vários apontamentos discorre sobre a nova atitude da prática médica e sobre o conceito de higiene, atitudes que se inter-relacionam. A Medicina

Preventiva surge como um mito: o da extinção e controle das doenças, vislumbrando a morte natural; ao apresentar o envolvimento da medicina com a sociedade lança mão da compreensão foucauldiana, que demonstra a decadência da relação médico - indivíduo no momento em que a disciplina se torna um grupo privilegiado, a qual concentra um saber e predetermina a população um não-saber.

A higiene, por sua vez, concebe “a aplicação de todo o conjunto das ciências na manutenção do bem-estar, mito de uma unidade do conhecimento em prol do bem viver, espaço que se superpõe e acompanha a vida” (Arouca, 1975. p. 71). Cria por meio do seu discurso uma alusão-ilusão às condições reais de existência, ou seja, valoriza o uso da própria vida cotidiana e deposita a solução dos problemas que estão nas próprias condições de existência às medidas higiênicas.

A Higiene, na ascensão da burguesia, ocupou um lugar na sociedade civil, enquanto sistema de normas que controlavam a saúde individual, e um lugar no Estado, enquanto normas coletivas de vida, portanto é no particular que ela exerce o seu domínio associado à medicina com seu duplo discurso de auto-afirmação ideológica e de saber (como articulação entre a ciência e a ideologia). Porém a higiene como prática dirigia-se a todos os indivíduos e não comportava uma legitimação abrangente de profissionais da saúde, já que o correto seria a formação de uma cultura higiênica universal. Portanto, por um lado a Higiene é absorvida pelo Estado de Saúde Pública e, pelo outro, ela cria um espaço a ser preenchido por uma legitimação profissional (Arouca, 1975. p. 89).

Assim, o controle da medicina aparece como o controle da própria sociedade civil pelo Estado, na governamentalidade dos povos. Contudo, a exposição de Arouca possibilitou um movimento de extrema força com relação aos modos de vida sanitário brasileiro; trata-se dos questionamentos surgidos a partir da sua tese e um esforço para fazer da medicina preventiva um espaço de prática política voltado para a mudança das relações sociais, que culminou na constituição da Saúde Coletiva.

A saúde coletiva vem, a partir de 1970, como uma invenção brasileira que ainda está em constituição (Canesqui, 1995). Tem como proposta não só a recuperação da saúde, mas sua promoção e prevenção, que visa à coletividade e que contrapõe a maneira médica hegemônica de se pensá-la: “a saúde coletiva não somente estabelece

*uma crítica ao universalismo naturalista do saber médico, mas rompe com a concepção de saúde pública, negando o monopólio do discurso biológico”* (Birman, 1991, ver Nunes, 2009).

Campos (2003) aponta que será através do vínculo, ou seja, por meio de uma circulação de afetos entre as pessoas (equipe e usuários), que proporcionará vivências e resoluções dos problemas em grupo, levando a experimentações de novos comportamentos que enriquecem a todos.

### **Os limites de um estudo de *tipo* etnográfico**

No decorrer dos dois anos da pesquisa foram se tornando evidente as dificuldades para que a pesquisa qualitativa conduzida fosse de fato etnografia. O desgaste de cada dia de trabalho inibiu o registro fiel e minucioso das observações do campo. Como pesquisadora sucederam-se bloqueios de várias ordens, tolhendo a possibilidade de realizar uma descrição em profundidade, apesar da permanência de memórias bem preservadas sobre os acontecimentos. Além disto, como trabalhadora do Nasf, a pesquisadora participava de situações cujo relato poderia se configurar como risco para as pessoas envolvidas devido a injunções político-partidários.

Autores como Caprara e Landim (2008) mencionam ainda que o uso crescente da etnografia pela saúde poderia estar se caracterizando como uma distorção das premissas originais da etnografia, em parte

de algumas dificuldades enfrentadas hoje pelos pesquisadores, como o pouco tempo dado pelos programas de pós-graduação e pelas agências fomentadoras para se fazer pesquisa, como também pelas dificuldades inerentes ao método, que exige um treinamento prévio do pesquisador e uma familiaridade com os textos clássicos da antropologia, além de leituras de relatórios de pesquisa e diários de campo, e, certamente muito importante, capacidade de escrita. Questões éticas também se colocam hoje para o pesquisador que se propõe fazer uso da etnografia. Ao entrar em um grupo ou uma instituição para realizar investigação etnográfica, o pesquisador passa a olhar, ouvir e escrever tudo o que lhe chega à percepção, como importante para esclarecimento do seu objeto de estudo (p.372).

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa objetivou relatar, explorando as potencialidades de um ensaio etnográfico e partindo da tessitura das relações de poder no interior do microcosmo de um sistema municipal de saúde, os entrecruzamentos que se colocam no dia a dia de trabalhadores do nível da Atenção Primária do SUS, no caso, os integrantes do Nasf-AB atuando em um município paulista de pequeno porte.

A permanência prolongada da pesquisadora em uma localidade pequena, colocada como requisito de estudos etnográficos por Rockwell (2005), permitiu construir relações de confiança com profissionais de saúde, população local e ter acesso a acontecimentos e registros públicos bem como documentar a experiência por via escrita.

Um espectro de impedimentos foi se desdobrando no decorrer dos dois anos de trabalho e, no entanto, em cada ocasião de obstáculo e impasse eram vislumbradas possibilidades de mudanças substantivas, que não se cumpriram.

A perplexidade da pesquisadora imersa no microcosmo de um sistema público de saúde de um município de pequeno porte é semelhante à inquietação que tem suscitado uma vasta produção intelectual sobre os descaminhos ocorridos na trajetória do movimento da Reforma Sanitária Brasileira- RSB, que deu origem ao SUS (Dantas, 2017, Fleury, 2018, Paim, 2018). Segundo Fontes, torna-se “urgente e necessário aprofundar e socializar a reflexão incômoda e transgressora” (2017, p.11).

Assumindo-se a integralidade das ações de saúde na APS, torna-se pertinente estudar a participação dos atores sociais e suas práticas no cotidiano dos serviços. Para Pinheiro e Luz (2010), as ações ganham materialidade política e social no espaço das instituições, expressando “formas de criação e de apropriação da produção reprodução da vida coletiva” (p. 21). Segundo as autoras:

cotidiano é entendido como o *locus* social onde se expressam não somente experiências de vida, na perspectiva individual que o termo possa conter, mas também contextos de relações sociais distintas que envolvem tanto pessoas, como grupos específicos, coletividades e instituições ((Pinheiro; Luz, 2010, p. 21).

Tendo a responsabilidade de executar ações de saúde direcionadas pelo princípio da integralidade, as equipes da APS, incluindo os profissionais do Nasf no

município estudado mostraram desorientação sobre suas atribuições legais e lacunas na formação e na capacitação profissional para cumprir as atividades que lhes eram pertinentes, em circunstâncias que revelam alguns dos obstáculos no caminho da consolidação do SUS: infraestrutura, recursos financeiros, materiais e logísticos deficitários, quadro de pessoal inadequado e retaguarda precária da gestão estadual do SUS para responder ao perfil socioeconômico, demográfico e epidemiológico em uma situação de crise econômica enfrentada por um município com grande dependência dos governos federal e estadual. Dessa forma, o Nasf-AB se torna uma contrafação de um projeto de APS que desnuda a frágil relevância do SUS para os governantes e que expõe as impossibilidades de respostas efetivas, em um quadro de graves carências, frente a complexas condições de vida e saúde.

Na opinião de autores como Paim, tais obstáculos se remetem às dificuldades de capilarizar-se na sociedade brasileira,

ao se conceber a Reforma Sanitária como um “longo processo”, vinculado à democratização da saúde, apontava-se para a sua natureza política, consequentemente a sua subordinação às conquistas da sociedade no que se refere à democracia e à saúde (2008, p.156).

O autor reconhece como prefeitos, secretários e técnicos se mobilizaram, na medida em que foram responsabilizados pela organização da APS, recebendo como incentivo no processo de descentralização repasse de recursos financeiros via o Piso de Atenção Básica (PAB). Tal processo significou a transferência para a gestão municipal da responsabilidade longitudinal pelo cuidado ao usuário, e o compromisso de prover integralidade da atenção, o que inclui os encaminhamentos a serviços especializados e internação hospitalar (Almeida *et al*, 2010).

No entanto, o arcabouço da legislação do SUS que, se observado, poderia introduzir mudanças na gestão e organização do trabalho, tem sido deixado de lado e os gestores dos três níveis cumprem marginalmente dispositivos que, no entanto, são contemplados nas leis ainda vigentes. Há restrição de mecanismos democráticos dos processos decisórios internamente à gestão. Ou seja, à guisa de conclusão, há mais do que alternativas, uma vez que todas as condições para mudanças estão postas em um

conjunto de preceitos, normas, diretrizes e princípios que permanecem à espera para serem praticados.

## 8. REFERÊNCIAS

Abrasco. Especial Abrasco sobre o aumento da mortalidade infantil e materna no Brasil. Acesso 06/11/2018. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/institucional/especial-abrasco-sobre-o-aumento-da-mortalidade-infantil-e-materna-no-brasil/36777/>

Agamben G. Homo Sacer. Paris, Seuil, 1998. *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua I*. 1ª reimpressão. Belo Horizonte: Ed. UFMG; 2004<sup>a</sup>

Agamben G. *Estado de exceção: homo sacer II*. São Paulo: Boitempo Editorial; 2004b.

Almeida PF de et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro v. 26, n. 2, p. 286-298, Feb. 2010.

Araújo CEL, Gonçalves GQ, Machado JA. Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. Ciênc. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 953-963, Mar. 2017.

Araújo MSS. (2000). *Água mole em pedra dura?* As mudanças organizacionais na Secretaria de Saúde Pública do Rio Grande do Norte após a implantação do programa de saúde da família. Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Instituto Oswaldo Cruz.

Arouca ASS. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva* [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas; 1975.

Barros SCM, Dimenstein M. *O apoio institucional como dispositivo de reordenamento dos processos de trabalho na atenção básica*. Estudos e Pesquisas em Psicologia, UERJ. Ano 10, N.1, p. 48-67, 2010.

Bertolote JM, Mello-Santos C de, Botega NJ. (2010). Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. Revista Brasileira de Psiquiatria, 32, 87-95. Recuperado em 18 de outubro de 2017. Obtido em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151644462010000600005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151644462010000600005&script=sci_arttext)

Blanch JM, Sahagún M, Cervantes G. *Estructura Factorial del Cuestionario de Condiciones de Trabajo*. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. Vol. 26, n.º 3. 2010.

Blanch JM. *Condiciones de Trabajo y Riesgos Psicosociales bajo La Nueva Gestión*. Formación Continuada a Distancia – Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Decimocuarta Edición Septiembre-Octubre 2011.

Blanch JM. *Trabajar e Bienestar*. Universitat Oberta de Catalunya. 2012.



Bodstein R. (2002). Atenção Básica na agenda da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3), 401-412.

Botega NJ. Comportamento suicida: conhecer pra prevenir. São Paulo: Associação Brasileira de Psiquiatria; 2009.

Brasil. Decreto federal de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

Brasil. Lei federal 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990a.

Brasil. Lei Federal 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990b.

Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. [acesso em 13 set 2015]. *Informações de Saúde*. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>

Brasil. Ministério da Saúde. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, seção 1.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2008. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html). Acesso em: 26 de jun 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Acesso 10 ago 2016. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.1.876, de 14 de agosto de 2006. Define diretrizes nacionais de prevenção ao suicídio. Diário Oficial da União 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3124 de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 548, GM/MS. de 4 de abril de 2013. Define o valor de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidade 1, 2 e 3.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo\\_apoio\\_saude\\_familia\\_cab39.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf)> Acesso em: 12 mai. 2015.

Brasil. Ministério da Saúde/GM. Portaria 699 de 30 de março de 2006. Regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela vida e de gestão.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS. Cobertura da Atenção Básica. 2017. [Acesso em 14 ago 2018]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>

Bresó EE et al. Síndrome de estar quemado por el trabajo o "Burnout". III: Instrumento de medición. Notas Técnicas de Prevención. Série 21ª; 732. Madrid; 2007. Disponível em: <http://www.wont.uji.es/wont/downloads/articulos/nacionales/2007BRESO01AN.pdf> [acesso em: 20/08/2018].

Camargo Jr KR. As muitas vozes da integralidade. In: Pinheiro R; Mattos RA (org). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde. Rio de Janeiro: Uerj, IMS: Abrasco, 2006.p- 15-19.

Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, Feb. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2007000200016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007000200016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 28 nov 2018.

Campos GWS. Saúde coletiva e o método paidéia. In: *Saúde Paidéia*. Ed. Hucitec. 2º ed. São Paulo; 2003. p.9-36.

Canesqui AM. As ciências sociais, a saúde e a saúde coletiva. In: Canesqui A. M. (ORG.). *Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva*. Ed. Hucitec – Abrasco, São Paulo; 1995.

Caprara A, Landim LP. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 363-376, June, 2008. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832008000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000200011&lng=en&nrm=iso)>. [Acesso em 20 dezembro de 2018].

Carvalho G. A saúde pública no Brasil. **Estud. av.**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/02.pdf>

Carvalho JE Coin de. Violência e sofrimento social: a resistência feminina na obra de Veena Das. *Saúde soc.* [Internet]. 2008 Sep [Acesso 16 Nov 2018]; 17(3): 9-18. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n3/03.pdf>

Castro O, Pereira PPG. Fábrica de corpos: corpo e poder na Fundação Tupy. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 403-414, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141432832014000200403&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832014000200403&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30/05/2018.

Ceccim RB, Carvalho YM. Ensino de saúde como projeto de integralidade: a educação de profissionais de saúde no SUS. In: Pinheiro, Ceccim RB, Mattos RA (org.). *Ensinar Saúde: a integralidade nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: Uerj, IMS: Abrasco, 2ª ed. 2006. p. 69.

Cecilio LCO, Lacaz FAC. O trabalho em saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2012. 74p.

Colucci C. Mortalidade materna cresce e Brasil revê meta de redução para 2030. *Folha de São Paulo*. 13 de agosto de 2018. Acesso 17/11/2018.

Conill EM. *Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde*: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Sup 1: S7-S27, 2008. Disponível em: janeiro de 2015.

CVV. *Suicídio. Saber, agir e prevenir*. Centro de Valorização da Vida. Acesso 10 abr 2017. Disponível em: <https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/09/folheto-jornalistas.pdf>

Da Matta R. 1978. O Ofício do Etnólogo ou como Ter Anthropological Blues. In *Boletim do Museu Nacional*, nº 27, Rio de Janeiro. Acesso 17 Nov 2018. Disponível em: [http://www.ppgasmnufrj.com/uploads/2/7/2/8/27281669/boletim\\_do\\_museu\\_nacional\\_27.pdf](http://www.ppgasmnufrj.com/uploads/2/7/2/8/27281669/boletim_do_museu_nacional_27.pdf)

Dantas AV. *Do socialismo à democracia: tática e estratégia da Reforma Sanitária Brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2017.

Dejours C. *Por um novo conceito de saúde*. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v. 14, n. 54, abril-maio-junho; 1986. p. 7-11.

Dimenstein M. et al. *Demanda em saúde mental na unidade saúde da família*. Revista de Saúde Mental e Subjetividade da UNIPAC, Barbacena, ano III, n.5, p. 23-41, nov. 2005.

Durkheim E. *O Suicídio*. Martins Fontes, São Paulo: 2000.

Erickson F, Florio S, Buschman J. Fieldwork in Educational research. Occasional paper nº 36. Institute for research on teaching. Michigan State University. August 1980.

Disponível em <https://education.msu.edu/irt/PDFs/OccasionalPapers/op036.pdf> [Acesso em: 28 nov de 2018].

Favret-Saada J. 2005. Ser afetado. Cadernos de Campo n.13. p.155-161.

Ferreira JR, Buss P. Atenção primária e promoção da saúde. In: Ministério da Saúde (BR). As cartas da promoção da saúde. Brasília: O Ministério; 2002. p.7-18.

Figueiredo LC. A metapsicologia do cuidado. Psychê. Ano XI, nº 21. São Paulo. jul-dez/2007. p. 13-30.

Fleury S. Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2018.

Fontes V. Prefácio. In: Dantas, AV. Do socialismo à democracia: tática e estratégia da Reforma Sanitária Brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2017.

Foucault M. A governamentalidade. In: Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

Foucault M. Microfísica do poder. Trad. Roberto Machado. São Paulo: Editora Paz e Terra. 2014.

Foucault M. *Em defesa da sociedade*: curso dado no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes; 2005.

Frenk J, Chen L, Bhutta ZA *et al*. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. The Lancet. December 2010. 376:1923-1958.

Freud S. O mal-estar na civilização. Rio de Janeiro, Imago, 1980 (*Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*, v. 21); 1930.

Geertz C. A Interpretação das Culturas. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

Giovanella L. Tendências quanto à universalidade nos sistemas de saúde em países periféricos. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p. 155 - 164, maio/ago. 2003.

Giovanella L. Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, e00029818, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2018000800502&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2018000800502&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 05 set. 2018.

Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In Giovanella L; Escorel S, Lobato LVC et al. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2009, 1ª reimpressão. p. 575-626.

Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados? Rio de Janeiro: Cebes, 2012.

Graneheim UH, Lundman B. *Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness*. *Nurse Education Today*. 2004; 24: 105–112. [acesso em 19 fev 2018] Disponível em: [intl.elsevierhealth.com/journals/nedt](http://intl.elsevierhealth.com/journals/nedt).

Green A. A mãe morta. In: Green, A. Narcisismo de vida narcisismo de morte. São Paulo: Editora Escuta Ltda, 1988. p. 239- 273.

Henz AO, Garcia ML, Costa SL, Maximino VS. Trabalho entre profissional acerca do comum e a cerca do específico. In: Capozzolo AA, Casetto SJ, Henz AO. Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. [acesso em 13 set 2015]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. [homepage na internet]. Informações sobre municípios brasileiros [acesso em 13 set 2015]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br>

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da População do Brasil. Revisão 2018. Diretoria de Pesquisas/ Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2018.

Karanikolos M, Heino P, Mc Kee M, Stuckler D, Legido-Quickley H. Effects of the global financial crisis on health in high-income Oecd countries: a narrative review. *International Journal of Health Services*. Vol 46(2) 208-240. 2016.

Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet*. 2013;381(9874):1323–1331.

Kastrup, V. Um mergulho na experiência: uma política para a formação dos profissionais de saúde. In: Capozzolo, AA; Casetto. SJ; Henz, AO. Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.

Klein AP, d'Oliveira AFPL. O "cabo de força" da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o Apoio Matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2017 [citado 2018 Dez 27]; 33(1): e00158815. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n1/1678-4464-csp-33-01-e00158815.pdf>

Lacaz FAC, Sato L. Humanização e qualidade do processo de trabalho em saúde. In: Deslandes, Sueli F. (org.) *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e críticas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 109-139, 2006. 433 p.

Lacaz FAC. Qualidade de vida n(d)o trabalho: um conceito político e polissêmico. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 565-572, Nov. 2010. Acesso em 03 abril 2016. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198177462009000300010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198177462009000300010&lng=en&nrm=iso)>.

Lacaz FAC. *Qualidade de vida no trabalho e saúde / doença*. Ciência & Saúde Coletiva. 2000; 5 (1): 151-161. [acesso em 06 set. 2018]. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/630/63050113.pdf>

Lima JCF. O Banco Mundial, a Organização Mundial de Saúde e o “novo universalismo” ou a “cobertura universal de saúde”. In: Pereira JMM, Pronko M. A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013). Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2015. P.233-54.

Lima MEA (org.). *Escritos de Louis Le Guillant - da ergoterapia à psicopatologia do trabalho*. Petrópolis: Vozes, 2006. 359 p.

Luz MT. *As novas formas da saúde: práticas, representações e valores culturais na sociedade contemporânea*. In: *Novos saberes e práticas em saúde coletiva*. 2º ed. Ed. Hucitec: São Paulo; 2005.

Martinato MCNB et al. *Absenteísmo na enfermagem: uma revisão integrativa*. Rev. Gaúcha Enferm. (Online) [serial on the Internet]. 2010;31(1):160-166. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n1/a22v31n1.pdf> Acesso em: 20/02/2018.

Melo EA et al. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. Saúde em Debate [online]. 2018 v. 42, n. spe1 [Acesso em: 27 dez 2018], pp. 328-40. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S122>>.

Mendes IAC. *Desenvolvimento e saúde: a Declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores*. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2004 mai/jun [citado 2015 Abr 28]; 12(3): 447-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a01.pdf>

Mendes-Gonçalves, RB. Práticas de Saúde Processos de trabalho e necessidades. *Cadernos do Cefor 1. Série Textos*. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo, 1992.

Merhy EE. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: Merhy EE et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

Modrek S, Stuckler D, McKee M, Cullen MR, Basu S. A review of health consequences of recessions internationally and a synthesis of the US response during the great recession. *Public Health Rev*. 2013;35(1):1.

Nogueira RP. *O Trabalho em Serviços de Saúde* - adaptação do texto apresentado no seminário 'O Choque Teórico', promovido pela Escola Politécnica Joaquim Venâncio/FIOCRUZ. Rio de Janeiro; 1991. p. 183 -6.

Nunes ED. *Saúde Coletiva: Uma História Recente de um Passado Remoto*. In: Campos GSW et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. Hucitec: Rio de Janeiro; 2006. p. 295-315, ilus. (Saúde em debate, 170).

OMS. Organização Mundial da Saúde. Carta de Ottawa, 1986.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial da Saúde 2001 – *Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra: OMS, 2001. 1ª Ed., Lisboa, abril de 2002.

Organização Internacional do Trabalho - OIT. Saúde e vida no trabalho: um direito fundamental. Acesso em 03 abril 2016.

Orlandi EP. *Análise de Discurso: princípios e procedimentos*. 8 ed. Campinas: Pontes; 2009. 100p.

Peiró JM, Prieto F. *Tratado de Psicología del Trabajo* (2 vols.). Madrid: Síntesis, 1996.

Prieto D, Tavares M. Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *J Bras Psiquiatr* 2005; 54:146-54.

Rocha D, Deusdará B. Análise de Conteúdo e Análise do Discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. *Alea: Estudos Neolatinos*. 2005; 7(2): 305-322. [acesso em 12 jun 2017] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/alea/v7n2/a10v7n2.pdf>

Rocha NSPD (2000). *Análise do Programa Saúde da Família no município de Natal-RN: inovações assistenciais?* Dissertação de Mestrado. Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

Salanova M, Llorens S. *Current State of Research on Burnout and Future Challenges*. Papeles del Psicólogo, 2008. Vol. 29(1), pp. 59-67. [Acesso em 09 jul 2017]. Disponível em: <http://www.cop.es/papeles>

Santos NR. *SUS: qual o rumo?* Subsídio à Reunião de Planejamento do CEBES de 26 e 27/Fev/2010. São Paulo: 2010. [acesso em 07 fev 2017] Disponível em: [http://www.cebes.org.br/media/File/Blog/SUS%20Qual%20o%20rumo\\_3.pdf](http://www.cebes.org.br/media/File/Blog/SUS%20Qual%20o%20rumo_3.pdf)

Sato L, Lacaz FAC, Bernardo MH. *Psicologia e saúde do trabalhador: práticas e investigações na Saúde Pública de São Paulo*. Estudos de Psicologia. São Paulo: 2006; 11(3): 281-8. [acesso em 06 set. 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v11n3/05.pdf>

Seligmann-Silva E. O Campo da Saúde Mental Relacionada ao Trabalho (SMRT). In: *Trabalho e Desgaste Mental: o direito de ser dono de si mesmo*. São Paulo: Cortez; 2011. p. 33-114.

Tesser CD. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. Interface comun. Saúde Educ. 2017 set; 21(62): 565-578.

Trivínos ANS. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. 1ª. Ed. São Paulo: Atlas; 1987. 176 p.



## **Apêndices**

## **Apêndice 1**

### **Roteiro semiestruturado agente comunitária de saúde e auxiliares de enfermagem**

Nome:

Profissão:

Nível de escolaridade:

Idade:

Sexo:

Tempo de serviço no setor saúde:

1. Como avalia as ações do SUS municipal?

Na atenção básica (cobertura vacinal, vigilância, assistência: tempo de espera para consultas, existência de coleta de exames, tempo de retorno de resultados e ações de promoção de saúde);

Na atenção especializada (tempo para conseguir consultas de especialidades e exames mais complexos, retorno de orientação do especialista para a atenção básica);

PS: demora no atendimento. Encaminhamento para internações de urgência e resolutividade;

Na atenção hospitalar: dinâmica para internações e cirurgias eletivas.

2. Há quantos anos você trabalha nos serviços públicos de saúde deste município? Houve mudanças desde sua chegada até os dias de hoje? Se sim, quais foram as mais marcantes?

3. Como é ser mulher e trabalhadora do SUS?

4. Em sua opinião, as conversas entre membros da equipe que se passam fora dos espaços formais de trabalho abordam que tipo de assunto:

✓ pessoais/familiares

✓ relativos ao trabalho

Como você qualificaria esses outros espaços informais? As conversas produzem boas ou más relações entre os profissionais?

5. O que significa a sigla NASF? Como tem sido este projeto para o município? Você julga que a composição da equipe do NASF é adequada em termos do número e das profissões existentes?
6. Como você avalia a atuação da secretária de saúde? E da coordenadora da APS? O que poderia ser diferente?
7. Quais são as maiores facilidades e dificuldades para a execução do seu trabalho? O que poderia ser diferente?
8. A política partidária influencia nas ações e/ou decisões de sua equipe? Se sim, de que maneira?
9. Qual o seu entendimento sobre saúde mental? Você soube que houve mudança na atenção à saúde mental no município? Com relação à mudança ocorrida na atenção à saúde mental como você vê a relação entre a atenção básica e o CAPS? E com a equipe do NASF?
10. Você tem informação a respeito de alguma ação de saúde no município executada pela Secretaria estadual de Saúde? Você sabe como atua a Secretaria Estadual da Saúde em relação à Secretaria Municipal de Saúde?
11. Em sua opinião quais são os problemas de saúde mais importantes para a população deste município?
12. Você quer acrescentar algo que você não disse ou que não foi perguntado?

### **Roteiro semiestruturado para coordenadora APS**

- 1- Qual a sua profissão? Faixa etária:
- 2- Relate sua experiência profissional anterior. Há quanto tempo trabalha no SUS deste município?
- 3- Há quanto tempo você coordena a APS?
- 4- Qual a sua jornada de trabalho?
- 5- Existe trabalho prescrito para a função de coordenadora da APS? Descreva.
- 6- Cite as principais tarefas que você realiza como coordenadora.
- 7- Quais as principais facilidades ou pontos positivos e as principais dificuldades ou problemas mais frequentes do seu trabalho? Há algum problema mais frequente?
- 8- A coordenação da APS está subordinada a quais hierarquias?
- 9- Quantas USF você coordena?
- 10- Quantos profissionais há em cada USF? Quais são as categorias profissionais e carga horária de cada categoria?
- 11- Você poderia elencar as principais tarefas da USF (da equipe e de cada profissional)?
- 12- Descreva os fluxos de trabalho da APS.
- 13- Existe meta de produtividade a ser atingida pelas equipes SF?
- 14- Qual a produção média das equipes?
- 15- Quais os principais temas discutidos nas reuniões de equipe SF? As equipes da SF se reúnem com qual regularidade?
- 16- Como é a relação entre a coordenação e as equipes SF?
- 17- Como é a relação entre os profissionais das equipes?
- 18- Como é a relação entre as equipes Nasf e ESF?
- 19- Cite as principais facilidades ou pontos positivos do trabalho da ESF.
- 20- Cite as principais dificuldades ou pontos críticos ou negativos do trabalho da ESF.
- 21- Descreva as condições de trabalho das equipes SF: recursos físicos, materiais e de pessoal.

22- Descreva as condições de trabalho para a coordenadora da APS (recursos físicos, materiais e de pessoal).

23- Como a população vê o trabalho da ESF?

24- Como você avalia a secretária de saúde? O que poderia ser diferente? Quais são as maiores dificuldades para a execução do seu trabalho?

25- A política partidária influencia nas ações e/ou decisões de seu trabalho? Se sim, de quais maneiras?

26- O que lhe chama mais atenção em relação à Política de Saúde Mental na Atenção Básica?

27- Com relação à mudança ocorrida na atenção à saúde mental no município como você vê a relação entre a atenção básica e o Caps? E com a equipe do Nasf?

28- Qual é o trabalho atualmente da ESF na assistência a Saúde Mental?

29- O que mudou com o processo de matriciamento, ou seja, com a entrada do Nasf?

30- Como é o trabalho com a população portadora de sofrimento psíquico?

31- Quais desafios você encontra para se trabalhar com a SM? O que você mudaria para melhorar?

32- Por que é difícil reorganizar os serviços e incorporar novas práticas?

33-Em sua opinião quais são os problemas de saúde mais importantes para a população deste município?

34- Como você vê a atuação da Secretaria Estadual da Saúde em relação à Secretaria Municipal de Saúde?

35- Como foi poder falar do seu trabalho?

36-Você quer acrescentar algo que você não disse ou que não foi perguntado?

## **Roteiro semiestruturado enfermagem**

Nome:

Profissão:

Idade:

Tempo de serviço no setor saúde:

### **1. Como avalia as ações do SUS neste município?**

Na atenção básica (cobertura vacinal, vigilância, assistência: tempo de espera para consultas, existência de coleta de exames, tempo de retorno de resultados e ações de promoção de saúde);

Na atenção especializada (tempo para conseguir consultas de especialidades e exames mais complexos, retorno de orientação do especialista para a atenção básica);

PS: demora no atendimento. Encaminhamento para internações de urgência e resolutividade;

Na atenção hospitalar: dinâmica para internações e cirurgias eletivas.

2. Há quantos anos você trabalha no SUS municipal? Houve mudanças desde sua chegada até os dias de hoje? Se sim, quais foram as mais marcantes?
3. Como você avalia seu trabalho de coordenadora da equipe de Saúde da Família? Quais pontos fortes e pontos negativos você destacaria? Sua equipe realiza reuniões de equipe? (Se sim, com qual frequência e quais temas abordados).
4. Como coordenadora de equipe você acha que os auxiliares de enfermagem estão integrados com os ACS no desempenho das atividades no serviço? Por exemplo, discutem casos juntos, fazem visitas domiciliares em conjunto, realizam ações conjuntas com o NASF?
5. Como você definiria a relação intraequipe? É comum a ocorrência de conflitos?
6. Como é ser mulher e trabalhadora do SUS?
7. Em sua opinião, as conversas entre membros da equipe que se passam fora dos espaços formais de trabalho abordam que tipo de assunto:
  - ✓ pessoais/familiares

✓ relativos ao trabalho

Como você qualificaria esses outros espaços informais?

8. O que significa a sigla NASF? Como tem sido este projeto para o município?  
Como você vê a relação da sua equipe com o NASF? Você teve algum contato com a equipe NASF?
9. Como você avalia a atuação da secretária de saúde? E da coordenadora da APS? O que poderia ser diferente? Quais são as maiores dificuldades para a execução do seu trabalho?
10. A política partidária influencia nas ações e/ou decisões de sua equipe? Se sim, de quais maneiras?
11. O que lhe chama mais atenção em relação à Política de Saúde Mental na Atenção Básica?
12. Qual é o trabalho atualmente da Estratégia Saúde da Família na assistência a Saúde Mental?
13. O que mudou com o processo de matriciamento, ou seja, com a entrada do NASF?
14. Como é o trabalho com a população portadora de sofrimento psíquico?
15. Quais desafios você encontra para se trabalhar com a SM? O que você mudaria para melhorar?
16. Você diria que é fácil ou difícil reorganizar os serviços e incorporar novas práticas?
17. Você tem informação a respeito de alguma ação de saúde no município executada pela Secretaria Estadual de Saúde? Você sabe como atua a Secretaria Estadual da Saúde em relação à Secretaria Municipal de Saúde?
18. Em sua opinião quais são os problemas de saúde mais importantes para a população deste município?
19. Você quer acrescentar algo que você não disse ou que não foi perguntado?

### **Roteiro semiestruturado profissionais Nasf**

Nome:

Idade:

Sexo:

1 – Qual a sua formação profissional? Há quanto tempo está formado? Fez pós-graduação?

2- Qual a sua jornada e período de trabalho?

3- Há quanto tempo você trabalha no Nasf? Há quanto tempo trabalha no SUS deste município?

4- Você já trabalhou em outro projeto na área da saúde? Qual (is) e por quanto tempo? Se trabalhou, cite semelhanças e diferenças entre os trabalhos que realizou.

5- Descreva seu trabalho. Quais as tarefas que realiza? Quais são realizadas em equipe?

6- Quais as tarefas que são específicas da sua especialidade profissional?

7- Você utiliza a maior parte da sua jornada de trabalho na realização de quais tarefas?

8- Qual é a contribuição da sua especialidade profissional para o Nasf?

9- O que é solicitado pela equipe Nasf e/ou ESF para você realizar? E o que de fato você realiza?

10- Quem organiza e controla o trabalho de vocês? A definição de rotina, por exemplo?

11- Você utiliza algum recurso material para realizar o seu trabalho? Qual (is) o Nasf provê? Há disponibilidade de verba?

12- Cite as facilidades para realizar seu trabalho.

13- Cite as dificuldades para realizar seu trabalho.

14- Quais as facilidades ou pontos positivos do trabalho Nasf (geral)?

15- Quais as dificuldades ou pontos negativos do trabalho do Nasf (geral)? Você identifica algum ponto mais crítico? Qual (is)?

16- Em sua opinião, quais são as piores e melhores unidades de saúde?



17- Como é a relação intraequipe Nasf? Quais as facilidades, as dificuldades ou problemas?

18- Como é a relação com as equipes do PSF? Quais as facilidades e dificuldades ou problemas mais comuns?

19- Em sua opinião é fácil ou difícil reorganizar os serviços e incorporar novas práticas?

20- Como você avalia a atuação da secretária de saúde? E da coordenadora da APS? O que poderia ser diferente? Quais são as maiores dificuldades para a execução do seu trabalho?

21- A política partidária influencia nas ações e/ou decisões de sua equipe? Se sim, de quais maneiras?

22- Qual o seu entendimento sobre saúde mental? Com relação à mudança ocorrida na atenção à saúde mental no município como você vê a relação entre a atenção básica e o Nasf?

23- Qual é o trabalho atualmente da ESF na assistência a Saúde Mental?

24- Como é o trabalho com a população portadora de sofrimento psíquico?

25- O que mudou com o processo de matriciamento, ou seja, com a entrada do Nasf?

26- Quais desafios vocês encontram para se trabalhar com a SM? O que vocês mudariam para melhorar?

27- Você tem informação a respeito de alguma ação de saúde no município executada pela Secretaria estadual de Saúde? Você sabe como atua a Secretaria Estadual da Saúde em relação à Secretaria Municipal de Saúde?

28- Em sua opinião quais são os problemas de saúde mais importantes para a população deste município?

29- Você quer acrescentar algo que você não disse ou que não foi perguntado?

## **Anexo**

## **Anexo 1**

### **Termo de Consentimento Livre Esclarecido**

**Título da Pesquisa: “Gestão do cuidado na Atenção Primária à Saúde: o papel do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em um município paulista de pequeno porte”.**

Meu nome é Rosana Cristina Coneglian e quero lhe informar que esta pesquisa será realizada para fins de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo.

O objetivo desta pesquisa é estudar o cotidiano da gestão e produção do cuidado na Atenção Primária à Saúde - APS, com destaque para a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, bem como seus efeitos na qualidade da atenção básica em saúde do município.

Sua participação voluntária permitirá complementar o levantamento dos dados que será realizado visando dimensionar a efetividade e a qualidade da Atenção Básica. Suas respostas permitirão compreender a análise do gestor municipal do SUS em relação à melhoria das condições de saúde, qualidade das práticas de saúde e eficiência e efetividade do sistema de saúde.

Nas questões que lhe serão dirigidas, os seguintes assuntos serão abordados: a qualidade da assistência nos serviços (por exemplo, tempo de espera para atendimento, como são feitos os encaminhamentos, etc.) e o efeito da organização do trabalho sobre a qualidade da assistência em saúde. As entrevistas terão uma duração média de 45 minutos.

Caso haja o seu acordo em participar, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) está sendo disponibilizado para a sua assinatura, em 2 vias originais, uma para ficar com o(a) Sr.(a) e outro que ficará com a pesquisadora. Ambas as vias tem todas as páginas numeradas e devidamente rubricadas pelo Sr. ou Sra. e pelo pesquisador no momento da entrevista.

Além dessas informações, em qualquer momento do estudo o(a) Sr(a) terá acesso à profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Eu, Rosana Cristina Coneglian, sou a pesquisadora responsável e poderei ser encontrada pelo telefone (11) 5571-1062 ou e-mail [rosanacone@gmail.com](mailto:rosanacone@gmail.com).

Se tiver alguma dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – telefone (11) 5571-1062, São Paulo, SP. E-mail: [cepunifesp@epm.br](mailto:cepunifesp@epm.br). Em qualquer momento o(a) Sr(a) tem garantia a liberdade da retirada de consentimento e poderá deixar de participar do estudo. Eu me comprometo a utilizar os dados e o material levantado somente para fins acadêmicos do estudo.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo e os esclarecimentos permanentes. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Data\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do(a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_